

Sotsiaalministeerium

Vaimse tervise roheline raamat

Tallinn
2020

Sisukord

Sissejuhatus	3
1. Elanikkonna vaimne tervis: kontekst ja olukord	6
1.1. Vaimset tervist mõjutavad tegurid	6
1.2. Subjektiivne vaimne heaolu	8
1.3. Vaimse tervise häirete levimus ja diagnoosimine	9
1.4. Enesevigastused ja suitsiidid	14
1.5. Vaimne tervis ja uimastid	15
1.6. Vägivald ja seksuaalkuriteod	18
1.7. Vaimse tervise teenused, kättesaadavus ja häbimärgistamine	19
2. Vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenuste korraldus Eestis – olukord ja visioon....	23
2.1. Enesetoetamine ja eneseabi	26
2.2. Kogukonna vaimse tervise tugitegevused ja teenused	29
Kogukonna vaimse tervise tugitegevused	30
Kogukonna vaimse tervise teenused	30
2.3. Vaimse tervise abi korraldus esmatasandi tervishoius	40
2.4. Ambulatoorne ja konsultatiivne psühhiaatriline abi	47
2.5. Spetsialiseeritud statsionaarne psühhiaatriline abi haiglates	52
2.6. Vaimse tervise huvikaitse edendamine	56
3. Spetsialistide ressurss	59
Inimene kui oma vaimse tervise spetsialist	59
Võimestajad ja sidustajad	59
Esmased abistajad väljaspool tervishoiusüsteemi	60
Spetsialiseeritud abi osutajad	64
4. Ettepanekud	68
Lisa 72	
Elukaareülesed vaimse tervise kaitse- ja riskitegurid ning haavatavad rühmad	72
1.1. Lapsed ja noorukid (0–19)	72
1.1.1. Haavatavad rühmad	76
1.2. Tööealised täiskasvanud	80
1.2.1. Haavatavad rühmad	82
1.3. Vanemaealised (65+)	87
1.3.1. Haavatavad rühmad	88

Sissejuhatus

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) kirjeldab vaimset tervist kui heaoluseisundit, milles inimene realiseerib oma võimeid, tuleb toime igapäevaelu pingetega, suudab töötada tootlikult ja tulemusrikkalt ning saab anda oma panuse ühiskonna heaks. Seega on vaimne tervis midagi enam, kui psüühikahäire või psüühilise puude puudumine – see on inimese tervise oluline ja lahutamatu osa ning aluseks nii tema enda kui ka kogukonna healuks ja tõhusaks toimimiseks.

Vaimse tervise probleemide ja häirete mõju üksikisikutele ja perekondadele ning ühiskonna sotsiaalsele ja majanduslikule heaolule on suur ja laiaulatuslik. Uuringud näitavad, et iga viies inimene maailmas kogeb aasta jooksul vaimse tervise probleemi ning pikaajaliste vaimse tervise haigustega inimeste eluiga on keskmiselt 15–20 aastat lühem.

Levinuim ja lihtsustatud lähenemine vaimse tervise teema käsitlemisel on selle jagamine kaheks – positiivseks ja negatiivseks. Positiivse vaimse tervise all peetakse silmas inimese vaimset heaolu, mis aitab suhestuda ja kohaneda ümbritseva keskkonnaga. See annab aluse üldisele heaolule, keskendudes vaimse tervise edendusele ning häirete ja probleemide ennetusele. Negatiivne vaimne tervis kätkeb endas psüühikahäireid ja vaimse tervise probleeme ning rõhk on abivõimalustel, sealhulgas toimetuleku toetamisel ja ravil. Kõige suuremad kulud ühiskonnale kaasnevad negatiivse vaimse tervise tagajärgedega (raviga) tegelemisel. Tervishoiukulutused vaimsele tervisele kasvavad igal aastal, samas on see siiski alahinnatud valdkond. Vaimse tervise otsesed ja kaudsed kulud on hinnanguliselt Euroopa Liidus 4% ja Eestis 2,8% SKP-st (572 mln eurot).¹ Kulutusi on aga võimalik vähendada tõenduspõhise ja järjepideva ennetustööga, sest suur osa vaimse tervise probleemidest on ennetatavad ja ravitavad – abi saamisel saavad inimesed täielikult taastuda või oma seisundiga edukalt toime tulla, elada võimalikult täisväärtuslikku elu ja panustada ühiskonna toimimisse.

Arvestades praeguseid rahastuse ja ravi võimalusi Eestis ning vähendamaks vaimse tervise ja käitumishäiretest tingitud kulutusi, on ennetus ja varane sekkumine jätkusuutlikud meetodid häiretest põhjustatud koormuse vähendamiseks. Seetõttu on käesoleva dokumendi üheks **lähtekohaks ennetus**, mis kätkeb endas muu hulgas vaimse tervise edenduse, probleemide varajase märkamise ja ennetamise olulisust. Teine oluline lähtepunkt on **kvaliteetne, õigeaegne ja optimaalne abi korraldus**.

Eesti on siiani üks vähestest Euroopa riikidest, millel ei ole riiklikku vaimse tervise poliitika raamdokumendi ning selle puudumine on olnud takistuseks valdkonnaülesele ja laiapõhjalisele arengule. Valdonna edendamiseks on **oluline tervikliku süsteemi olemasolu**, kus tegeletakse nii ennetuse ja raviga kui ka õiglusest, autonoomsusest, teaduspõhisusest, turvalisusest ja efektiivsusest lähtuvate integreeritud teenuste (sh rehabilitatsiooni- ja järelteenused) arendamise ja pakkumisega. Ainult ühe süsteemi osa arendamine ei loo püsivaid tulemusi. Vaadata tuleb tervikut.

2019.a. ametisse asunud Vabariigi Valitsus kinnitas 30. mail 2019. a Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammi aastateks 2019–2023, mille kohaselt peeti oluliseks varajast märkamist, regulaarset terviseseisundi jälgimist, vaimse tervise alast harimist ja vaimse tervise teenuste arendamist. 2021.a. ametisse asunud Vabariigi Valitsus kinnitas 23. veebruaril 2021. a Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammi aastateks 2021–2023, mille kohaselt peetakse oluliseks vaimse tervise teenuste korralduse, kättesaadavuse suurendamist ja kvaliteedi parandamist. Nende eesmärkide saavutamiseks koostati sektoriteülene vaimse tervise poliitika roheline raamat **positiivse vaimse tervise hoidmiseks, probleemide koordineeritud ennetamiseks ja raviprotsesside tagamiseks**.

¹ [Health at a Glance: Europe](#) 2018. State of Health in the EU Cycle. (OECD/EU, 2018). Paris

Käesolev vaimse tervise roheline raamat on sündinud koostöös paljude oma ala ekspertide ja professionaalidega. Vaimse tervise roheline raamat on poliitikadokument, mille **eesmärk** on **visandada tulevikuvision vaimse tervise valdkonna sektoriteüleseks arendamiseks ning toetada vaimse tervise senisest suuremat väärtustamist Eestis**. Vaimse tervise roheline raamat on sild, mis **toob kokku uued mõtted ja varem koostatud vaimse tervise alusdokumentide põhisisu, keskendudes ennetusele ja õigeaegsele abile ning luues seeläbi lähtealused edasiseks suunatud arenguks**. Vaimse tervise roheline raamatu läbivad põhimõtted on **terviklik elukaarepõhine lähenemine ja valdkondadeülene integreeritud koostöö**.

Vaimse tervise roheline raamatu aluseks on varem koostatud laiapõhjalised ja jätkuvalt aktuaalseid probleemkohti välja toovad dokumendid: „[Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument](#)“ (2002), „[Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs](#)“ (2012), kontseptsioon „[Integreeritud teenused laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi](#)“ (2016) ning vaimse tervise ja heaolu koalitsiooni poolt koostatud [vaimse tervise strateegia 2016–2025](#). Kahetsusväärset ei ole nimetatud dokumendid varem saanud sellist riiklikku tähelepanu, mida need oleksid väärinud. Lisaks on rohelistes raamatus analüüsitud teemakohast statistikat ning kajastatud teemakohaseid teadusuuringuid ja -artikleid.

Samuti lähtuti roheline raamatu koostamisel Sotsiaalministeeriumi arengukavadest, sealhulgas rahvastiku tervise arengukavast 2020–2030, mille strateegiline üldeesmärk on pikendada tervena elatud eluiga enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu. Vaimset tervist puudutavad prioriteetsed sekkumised on kokku lepitud rahvastiku tervise arengukava alaeesmärgi – tervist toetavad valikud – all. Dokument toetab ka strateegiate „Säästev Eesti 21“ ja „Eesti 2035“ eesmärke.

Vaimse tervise roheline raamatule andsid rahvusvahelise strateegilise raamistiku Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO), Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) ning Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) seatud strateegilised sihid selles valdkonnas.

Dokument koosneb kolmest suuremast peatükist. Esimeses peatükis antakse ülevaade Eesti elanike vaimsest tervisest. Teises peatükis keskendutakse **vaimse tervise teenuste korraldusele**, lähtudes Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) vaimse tervise teenuste osutamise optimaalsest püramiidist², mida on kohandatud Eesti oludele vastavaks. Ühtse arusaama loomiseks kirjeldatakse selles peatükis põhjalikumalt praegust vaimse tervise teenuste korraldust, tuues välja arendamist ja diskussiooni vajavad probleemkohad. Kolmas peatükk käsitleb **vaimse tervise spetsialistide ressursse**. Dokumendi lisa tuuakse välja **elukaareülised kaitse- ja riskitegurid, markeerides haavatavamad rühmad**, kellele tuleb tegevuste planeerimisel ja rakendamisel erilist tähelepanu pöörata.

Sotsiaalministeerium on alustanud valdkondadeülese suitsiidiennetuse tegevuskava väljatöötamisega ja seetõttu ei ole suitsiidiennetus vaimse tervise roheline raamatu fookusteema. Lisaks on eraldi koostatud toitumise ja liikumise roheline raamat³, alkoholipoliitika roheline raamat⁴ ja uimastiennetuse valge raamat⁵, mistõttu neid probleeme siinses dokumendis põhjalikumalt ei käsitleta.

² Mental Health Policy, Planning & Service Development. Integrating Systems & Services, Integrating People. Optimal Mix of Services for Mental Health. World Health Organization, 2007

³ [Toitumise ja liikumise roheline raamat](#). Tööversioon. Sotsiaalministeerium, 2016

⁴ [Alkoholipoliitika roheline raamat](#)

⁵ [Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat](#)

Täname osapooli, kes panustasid vaimse tervise rohelise raamatu koostamise protsessi:

Tervise Arengu Instituut
Sotsiaalkindlustusamet
Eesti Psühhiaatrie Selts
Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon (VATEK) ja juhtgrupi liikmed
Maailma Terviseorganisatsiooni esindus Eestis

Sotsiaalministeeriumi strateegilised partnerid:
MTÜ Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut
MTÜ Peaasjad
MTÜ Eesti Noorte Vaimse Tervise Liikumine
MTÜ Vaikuseminutid
MTÜ Hasartmängusõltuvuse Nõustamiskeskus
MTÜ Lastekaitse Liit

Dementsuse Kompetentsikeskus
Eesti Ametiühingute Keskliit
Eesti Arstide Liit
Eesti Haigekassa
Eesti Kaitsevägi, toetusteenuste keskus
Eesti Kaubandus-Tööstuskoda
Eesti Koolipsühholoogide Liit
Eesti Linnade ja Valdade Liit
Eesti Naistearstide Selts
Eesti Perearstide Selts
Eesti Pereteraapia Ühing
Eesti Personalijuhtimise Ühing PARE
Eesti Puuetega Inimeste Koda
Eesti Psühholoogide Liit
Eesti Ravimihulgimüüjate Liit
Eesti Tööandjate Keskliit
Eesti Töö- ja Organisatsioonipsühholoogide Liit
Eesti Töötervishoiuarstide Selts
Eesti Õdede Liit
Eesti Õpetajate Liit
Eesti Ämmaemandate Ühing
Tallinna Tervishoiu Kõrgkool
Tartu Tervishoiu Kõrgkool
Tartu Ülikool, sporditeaduste ja füsioteraapia instituut
Terviseamet
Tööinspeksioon

Haridus- ja Teadusministeerium
Justiitsministeerium
Kaitseministeerium
Keskkonnaministeerium
Kultuuriministeerium
Maaeluministeerium
Majandus- ja kommunikatsiooniministeerium
Rahandusministeerium
Siseministeerium
Välisministeerium

1. Elanikkonna vaimne tervis: kontekst ja olukord

Hinnanguliselt kogeb aastas vaimse tervise probleemi iga viies inimene, kuid kogu elu jooksul lausa iga teine inimene maailmas⁶. Vaimse tervisega seotud majanduslikud ja sotsiaalsed kulud on ühiskonna jaoks märkimisväärsed. Aastal 2015 moodustasid otsesed kulutused vaimse tervise teenustele Euroopa Liidus hinnanguliselt 13% kogu tervishoiukuludest (1,3% SKPst) ja vaimse tervisega seotud kulu kokku olid hinnanguliselt üle 4% SKPst ehk üle 600 miljardi euro aastas.⁷

1.1. Vaimset tervist mõjutavad tegurid

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) on välja toonud, et vaimset tervist mõjutavad nii inimese individuaalsed omadused, kogemused ja käitumismustrid kui ka sotsiaalmajanduslikud olud ja keskkond (tabel 1). Need tegurid on omavahel tihedas vastastikususes seoses ja võivad olla nii riski- kui kaitsefaktoriteks.

	Riskitegurid	Kaitsvad tegurid
Indiviidi tasandi tegurid	Madal enesehinnang Kognitiivne/emotsionaalne ebaküpsus Suhtlemisraskused Halb füüsiline tervis, mõnuainete tarbimine	↔ Enesekindlus, enesehinnang ↔ Oskus lahendada probleeme, maandada stressi ↔ Hea suhtlemis- ja eneseväljendusoskus ↔ Hea füüsiline tervis ja vorm
Sotsiaal-majanduslikud tegurid	Üksildus, lein Hooletusse jätmine perekonfliktid Vägivald/väärkohtlemine Madal sissetulek ja vaesus Õpiraskused või läbikukkumine koolis Tööstress, töötus	↔ Sotsiaalne tugi pere ja sõprade poolt ↔ Hea vanemlus ja perekondlik side ↔ Füüsiline turvalisus ↔ Majanduslik turvalisus ja stabiilsus ↔ Hariduslikud saavutused ↔ Töörahalolu ja erialane edu
Keskkonnategurid	Halb ligipääs baasteenustele Ebaõiglus ja diskrimineerimine Sotsiaalne ja sooline ebavõrdsus Sõjaolukord või katastroofid	↔ Võrdne ligipääs baasteenustele ↔ Sotsiaalne õiglus, tolerantsus ja integratsioon ↔ Sotsiaalne ja sooline võrdõiguslikkus ↔ Füüsiline turvalisus ja julgeolek

Tabel 1. Vaimse tervise riskitegurid ja kaitsvad tegurid.

Allikas: WHO 2012⁸

WHO vaimse tervise strateegia 2013–2020⁹ rõhutab, et vaesus, töötus, kehvad töötingimused, halvas seisus eluase või madal haridustase mõjutavad vaimset tervist negatiivselt ja suurendavad oluliselt vaimsete häirete esinemise tõenäosust. Negatiivne vaimne tervis mõjutab inimese toimimist kõigis eluvaldkondades, võimendades ebavõrdsust. Võib öelda, et vaimne tervis on nii ebavõrdsuse tagajärg kui ka põhjus.

Teatud inimrühmad on vaimse tervise probleemidele vastuvõtlikumad (vt lisa) kui teised ja on selge, et vaid osa olulistest vaimse tervise teguritest on inimeste endi kontrolli all. Paljuski mõjutab inimeste vaimset tervist üldine ühiskondlik turvalisus – tingimused, millesse nad on sündinud ja milles nad elavad. Piiratud võimalusi haridust omandada ning hiljem sissetulekut tagada, peetakse eriti olulisteks vaimse tervise riskideks. Samuti mõjutab ebavõrdne

⁶ [Institute for Health Metrics and Evaluation](#)

⁷ [OECD/EU \(2018\), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle](#). OECD Publishing, Paris

⁸ [Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors](#). WHO, 2012

⁹ [The European Mental Health Action Plan 2013-2020](#). WHO, 2015

kohtlemine, vägivalda või mõne muu trauma kogemine märkimisväärselt inimese vaimset tervist¹⁰.

Lisaks on leitud, et vanus, sissetulek, rahvuslik kuuluvus, üldine tervises seisund, hinnangud enda tervisele ja varasemad depressioonikogemused suurendavad depressiooni haigestumise riski¹¹ ning mitme rahvusvahelise uuringu tulemused on näidanud, et ravimata psüühikahäired toovad kaasa majanduslikud raskused nii üksikutele kogukondadele kui ka kogu ühiskonnale.¹² Seega, kuna vaimse tervise tegurid on niivõrd laialatuslikud, ei ole vaimse tervise ennetamine ainuüksi tervishoiupoliitiline, vaid kogu ühiskonda hõlmav küsimus, mis mõjutab inimeste heaolu eri valdkondades.

Erinevates analüüsides on leitud, et majanduslik toimetulek ja aktiivsus mõjutavad inimese tervist ning seetõttu on ka vaimse tervise teema käsitlemisel oluline kirjeldada tööturunäitajaid ja majanduslikku toimetulekut. Aastal 2020 alanud COVID-19 haigestumuse levimus mõjutab oluliselt tööturgu, millega kaasneb ebakindlus tuleviku pärast, mis võib avaldada pikaajalist mõju elanikkonna vaimsele tervisele. Statistikaameti andmetel oli Eestis 2019. aastal 15–74-aastaste tööhõive määr 68,4% ning pikaajalise töötuse määr vähenes viimase 20 aasta madalaimale tasemele.¹³ Seoses SARS-CoV-2 viiruse levikuga 2020. aastal kasvas aga registreeritud töötute arv (50 720 inimest; 2019. a samal ajal 30 113) ning registreeritud töötuse määr (7,8%; 2019. a samal ajal 4,6%)¹⁴. Rahandusministeeriumi kevadprognoosi kohaselt võib see näitaja veelgi tõusta, ulatudes 2020. aasta III kvartalis 107 000 töötuni, sh üldine töötuse määr 15,2%-ni.

Töötamine on suuresti seotud tervisliku seisundiga. Eesti tervisekäitumise uuringu andmed näitavad, et majanduslikult mitteaktiivsed inimesed kogevad depressiooni märksa sagedamini (27–31%) kui need inimesed, kes on majanduslikult aktiivsed (14%)¹⁵. Tervise kaudu peegeldub ka valmisolek pensionieas edasi töötada. Hea või väga hea tervisega tööealistest elanikest jätkaks töötamist kindlasti 43%. Nii hea haridus kui hea tervis on väga oluliseks aluseks tulevaste, töötamisega seotud otsuste tegemisel.¹⁶ Lisaks mõjutab tööhõivet ka lapsi ja lähedasi hooldavate inimeste osakaal. Olulisel kohal on eelkõige noored, kes pole veel tööturule püsivalt siirdunud. Statistikaameti andmetel on Eestis 8600 noort vanuses 15–24 (52,1% naised), kes ei õpi ega tööta (ehk NEET-noored), kellest 26,7% on kodused, kuna hoolitsevad lapse või teise pereliikme eest. 25–29-aastaseid NEET-noori oli Eestis 2019. aastal 12 100, kellest 7300 olid tööturul mitteaktiivsed laste või omaste eest hoolitsemise tõttu.

Osa haigusi võib oluliselt piirata inimeste igapäevaseid tegevusi ja toimimist. Vaimse tervise probleemid, sealhulgas **depressioon, ärevushäired ja skisofreenia, on peamised puude ja enne tähtaega pensionile jäämise põhjused** paljudes riikides.¹⁷ Sotsiaalkindlustusameti andmetel tuvastati Eestis 2019. aastal esmakordne puue kokku 10 803 inimesel. Psüühikahäired (v.a vaimupuue) moodustasid tuvastatud esmakordsetest puuetest **17% ehk 1833 juhtu**. Eesti Töötukassa andmetel olid 2019. aastal **töövõime hindamisel peamiseks diagnoosiks psüühika- ja käitumishäired** (sh vaimne alaareng), mis moodustasid **30% kõikidest töövõime vähenemistest**. Samuti on viimaste aastatega mitmekordistunud psüühikahäiretest tingitud töövõimetuse hüvitamisele kulunud summa. Viie aastaga on selliste inimeste arv, kellele määratakse **töövabastuspäevi, kasvanud 1,5 korda**. Enim on töövõimetuse tingitud meeleoluhäiretest ja neuroosidest (keskmiselt 44,7% ja 41,2% kõikidest psüühikahäirega patsientidele määratud töövabastuspäevadest). Need kulud on kiiresti

¹⁰ [Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors](#). WHO, 2012

¹¹ Kleinberg (2014). [Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services](#)

¹² Chisholm *et al.* (2016). [Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis](#)

¹³ [Statistikaameti pressiteade: Tööturu näitajad on aastaga paranenud](#). 2019

¹⁴ Mai 2020 andmed

¹⁵ Tekkel, Veideman, Reile (2019). [Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018](#). Tervise Arengu Instituut

¹⁶ [Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring 2015](#). TNS Emor, Poliitikauringute Keskus Praxis, 2015

¹⁷ [The European Mental Health Action Plan 2013–2020](#). WHO, 2015

tõusnud ning on oodata trendide jätkumist. Lisaks on viie aastaga enam kui kahekordistunud psühhoaktiivsete ainete tarvitamise häire all kannatavate inimeste arv, kellele määratakse töövõimetus.

Töötusega seotult on ka vaesus üheks peamiseks vaimset tervist kahjustavaks teguriks. Alates 2012. aastast on Eesti elanikkonna **absoluutse vaesuse määr**¹⁸ pidevalt langenud. Absoluutses vaesuses elas 2018. aastal 2,2% Eesti elanikkonnast ehk hinnanguliselt ligi 31 800 inimest (2017. a 2,7% elanikkonnast) ning 1,6% lastest (2017. a 2,5%). Tööealise elanikkonna absoluutse vaesuse määr aastal 2018 oli 3,0% (2017. a 3,5%). Keskmine vanaduspension on suhtelise vaesuse piirile lähedal ja seetõttu ei ole pensionäride vaesus suur. Vanemaealiste absoluutse vaesuse määra viimaste aastate andmeid ei ole avaldatud valimi piirangute tõttu¹⁹, kuid 2016. aastal oli nimetatud näitaja nende hulgas 0,8%. Absoluutne vaesus puudutab enim üksikuid mehi (10,8%, 2018. a andmed) ja üksikvanemaid (4,6%). Laste absoluutset vaesust esineb maapiirkondades linlikust asustuspiirkonnast kaks korda enam (vastavalt 2,6% ja 1,2%). Tööhõive vaatepunktist esineb absoluutset vaesust töötute seas kümme korda enam kui töötavate inimeste seas (vastavalt 16,4% ja 1,5%).

Suhtelises vaesuses²⁰ elas 2018. aastal 21,7% elanikkonnast (ligikaudu 284 300 inimest) ning laste suhtelise vaesuse määr (17,2%, 2018. a) kasvas võrreldes 2017. aastaga (15,2%). Tööealise elanikkonna suhtelise vaesuse määr jäi eelnenud võrdlusperioodiga samale tasemele (ca 16%), kuid vanemaealiste suhtelise vaesus määr vähenes 2,7 protsendipunkti võrra ning 2018. aastal elas neist suhtelises vaesuses 43,7%.

1.2. Subjektiivne vaimne heaolu

Terviklikku ja täpset ülevaadet elanikkonna vaimse tervise seisundi kohta on võrdlemisi keeruline saada. Suurem osa vaimse tervise kohta olemasolevast infost kirjeldab eelkõige negatiivset vaimset tervist: erinevate diagnooside olemasolu ning pöördumisi psühhiaatri vastuvõtule või haiglaravi jne. Üldise pildi rahva vaimse tervise seisundist (n-ö positiivsest vaimsest tervisest) võimaldavad saada küsitlusuuringud, mis kirjeldavad vaimset tervist ja heaolu ning ei keskendu diagnoosi olemasolule või selle puudumisele. WHO on välja töötanud väga laialdaselt kasutamist leidva vaimse heaolu indeksi WHO-5²¹, mis mõõdab inimeste subjektiivset heaolu ja vaimset tervist viie küsimuse kaudu²² (vt Joonis 1) ning koondab need ühtseks vaimse heaolu mõõdikuks. Analüüsid on näidanud, et selline subjektiivne hinnang oma heaolule on oluline viis hinnata vaimset tervist ning et inimeste subjektiivset vaimset heaolu ja selle tähtsust ei saa alahinnata.

2016. aastal Euroopa Liidus tehtud küsitlusuuring näitab, et Eesti elanikkonna vaimse heaolu tase jääb mõnevõrra Euroopa keskmisest allapoole (vastavalt 61 ja 63 punkti). Kõige parem vaimne tervis on Eestis 18–24-aastastel ja 35–49-aastastel ning kehvem vaimne tervis üle 65-aastastel. Samuti on märkimisväärselt madalam vaimse heaolu tase mittetöötaval elanikkonnal. Üksikasjaliku ülevaate sellest, kuidas Eesti elanikkond vaimset heaolu kirjeldavatele küsimustele vastas, annab Joonis 1.

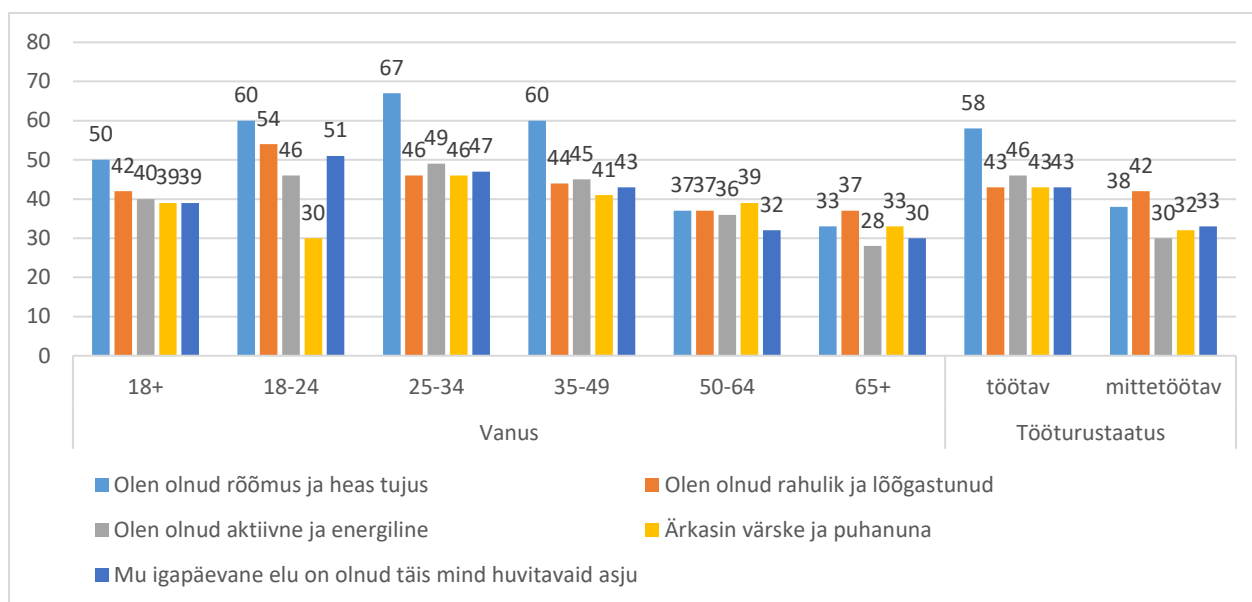
¹⁸ [Absoluutne vaesus](#). Statistikaamet

¹⁹ Andmeid ei ole arvatatud, andmeid ei ole saadud või need on avaldamiseks ebakindlad; andmed on vähe usaldusväärsed väikese valimi mahu tõttu (Statistikaamet)

²⁰ Suhteline vaesus. Statistikaamet

²¹ Topp et al. (2015). [The WHO-5 Well-being Index: a systematic review of literature](#)

²² [Wellbeing measures in primary health care/the DEPCARE project](#). WHO, 1998



Joonis 1. Subjektivne vaimne heaolu, „kogu aeg“ ja „suurema osa ajast“ vastajate osakaal (%)
Allikas: Eurofond, EQLS 2016²³

Lisaks näitavad uuringud, et inimesed on sageli stressis ning üleväsinud. 2018. aastal teatas 37% Eesti meestest ja 43,3% Eesti naistest, et tunneb end üsna tihti või peaaegu alati üleväsinuna. Sealjuures puudutab see ennekõike noori 16–24-aastaseid inimesi (62,8% tütarlastest ja 41,9% noormeestest on sageli üleväsinud). Aja jooksul on Eesti inimeste üleväsimus muutunud levinumaks. Kui 2008. aastal hindas 33,9% inimestest, et on üsna tihti või peaaegu alati üleväsinud, siis 2018. aastal juba 41,9%²⁴. Samuti väidavad just noored kõige sagedamini stressis olemist, mida kinnitavad ka COVID-19 kontekstis tehtud elanikkonnauuringu tulemused – suurel või väga suurel määral stressi ja pinget tunnevad enim 15–24-aastased (49% vastanutest)²⁵.

1.3. Vaimse tervise häirete levimus ja diagnoosimine

Hinnanguliselt kannatas 2017. aastal Eestis vaimse tervise häire all 13,2% elanikkonnast (joonis 2). Vaimse tervise häirete diagnoosimise sagedus, aga ka diagnoosid varieeruvad inimese elukaare jooksul, saades alguse sageli juba väga varases eas. Vaimse tervise diagnoosid kasvavad varajasesst elueast püsides kõrged kogu terve täiskasvanuea ning langevad alates 70. eluaastast.

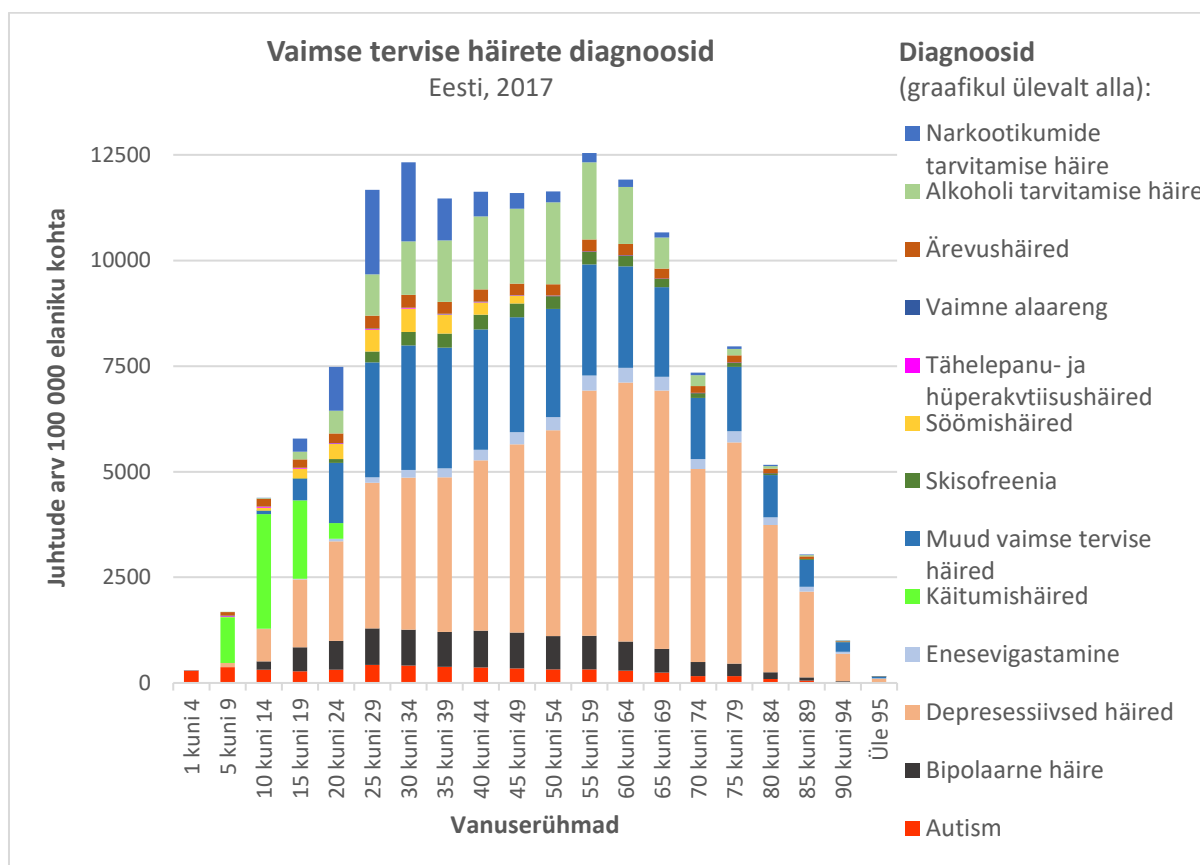
Vaimse tervise häired on noorte (5–14-aastased) hulgas üheks olulisemaks haiguskoormuse põhjuseks. Noorimas vanuserühmas (kuni 4-aastased) on levinuim vaimse tervise häire diagnoos autism (44,5%). 5–14-aastaste seas on valdavad käitumishäired (32%), tähelepanu- ja hüperaktiivsushäired (22,7%) ja ärevushäired (22,6%) ning 15–19-aastaste hulgas ärevushäired (18,5), käitumishäired (17,3%) ja depressiivsed häired (14,9%).

Täiskasvanueas on diagnoosid mõnevõrra teistsugused. Vanuserühmas 20–59 on levinuim vaimse tervise häire diagnoos alkoholi tarvitamise häire (31,7%), millele järgnevad depressiivsed häired (19,8%) ja ärevushäired (14,4%). Alates 60. eluaastast on levinuimad depressiivsed häired (40,8%), neile järgnevad alkoholi tarvitamise häire (18,6%) ja ärevushäired (16,6%).

²³ [European Quality of Life Survey 2016](#). Eurofound

²⁴ Tekkel, Veideman, Reile (2019). [Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018](#). Tervise Arengu Instituut

²⁵ [COVID-19-teemaline küsitlus](#). 17. küsitluslaine. 2.–4. november 2020



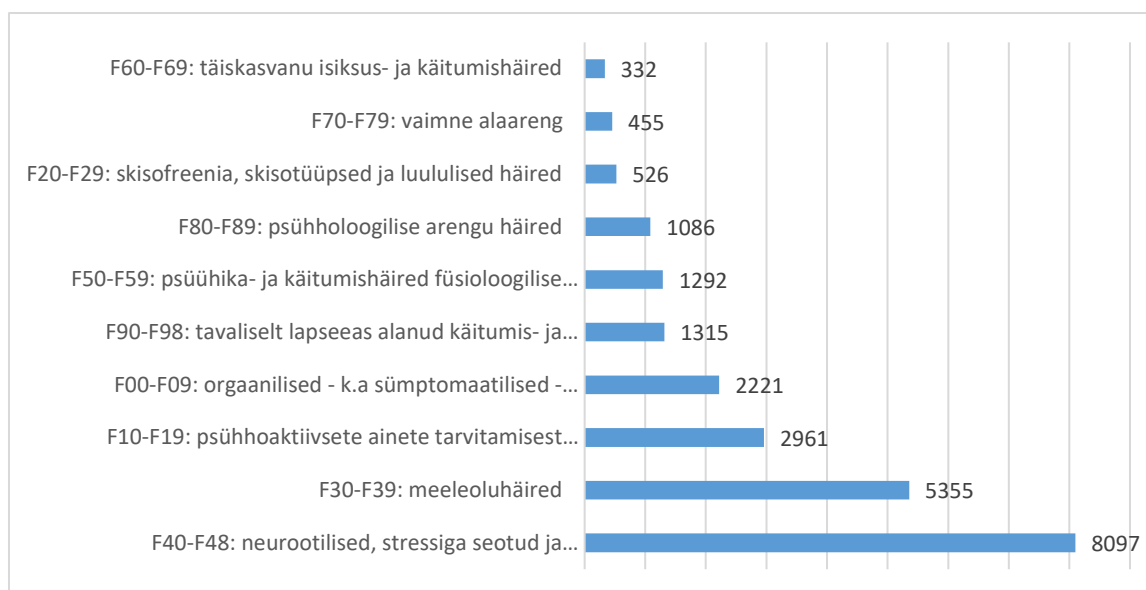
Joonis 2. Vaimse tervise häirete levimus 100 000 elaniku kohta elanikkonnas
Allikas: Washington University, Health Metrics and Evaluation Institute, 2017

Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmetel²⁶ diagnoosisid psühhiaatrid **2019. aastal kokku 23 640 uut ambulatoorset psühhiaatrilist haigusjuhtu**, millest 34% moodustasid **neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired** (nt ärevushäired) (joonis 3). **Uute ambulatoorsete psühhiaatriliste haigusjuhtude arv on viimastel aastatel püsinud sarnasel tasemel.** Kokku nõustati 2019. aastal 94 603 inimest, kellest 9,6% olid 0–14-aastased lapsed. Kui palju on alaealisi (st vanuses 0–17), keda nõustati, ei ole nende andmete põhjal teada.

2019. aastal diagnoositi 4683 lapsel ja noorel (0–19-aastased) psüühika- ja käitumishäired. Selles vanusrühmas diagnoositi kõige sagedamini lapseeas alanud käitumis- ja tundeeluhäireid (nt ATH, käitumishäire depressiooniga, 27%), neurootilisi, stressiga seotud ja somatoformseid häireid (nt ärevushäired, rasked stressireaktsioonid, 26%), psühholoogilisi arenguhäireid (nt õpivilumuse häired, autism, 22%).

Kui vaadata vanuserühma 20–54, on peamised **uued ambulatoorsed psühhiaatrilised haigusjuhud** neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired, meeoluhäired ning psühhootiliste ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired.

²⁶ [Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas](#). Tervise Arengu Instituut.

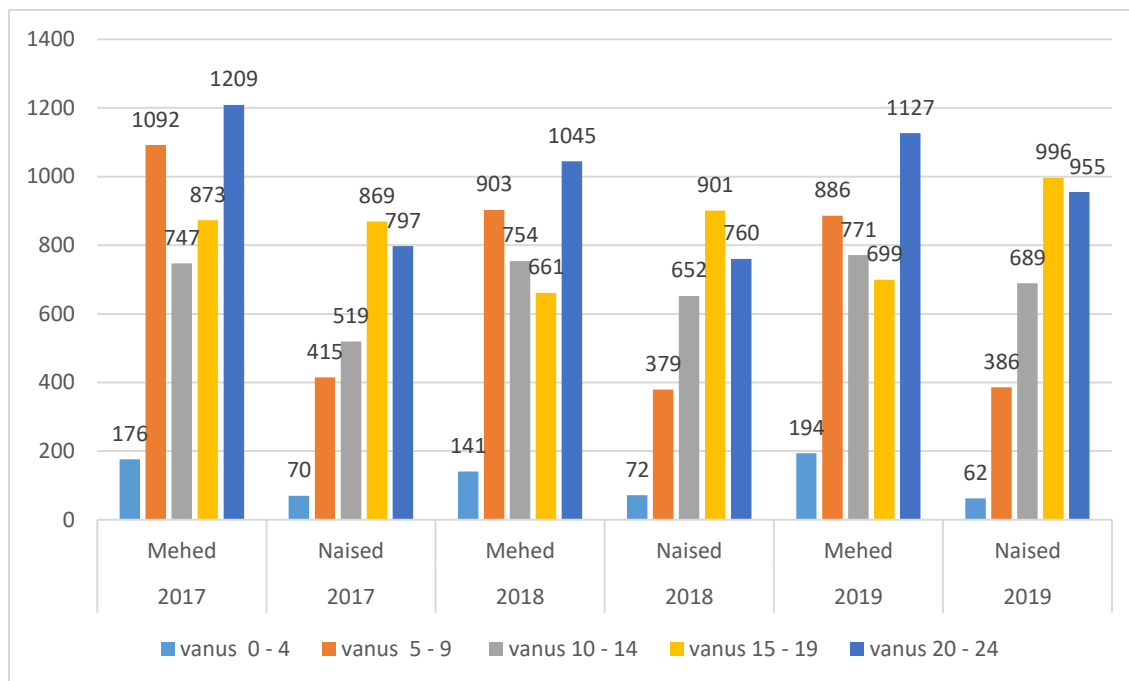


Joonis 3. Uued ambulatoorsed psühhiaatrilised haigusjuhud elanikkonnas
Allikas: Tervise Arengu Instituut, 2019

Vanemaealiste ehk 65-aastaste ja vanema elanikkonna põhilised diagnoosid erinevad mõnevõrra kogu elanikkonna diagnoosidest. TAI uute ambulatoorsete juhtude andmete kohaselt esineb vanemaealiste seas kõige sagedamini orgaanilisi, k.a sümptomaatilisi psüühikahäireid (nt dementsus), neurootilisi, stressiga seotud ja somatoformseid häireid (nt ärevus) ja meeleoluhäireid (nt depressioon). Suur **probleem ühiskonna jaoks on dementsus**. Alzheimer's Disease Internationali statistika järgi elab praegu maailmas umbes 50 miljonit dementsusega inimest ning WHO prognoosi kohaselt kolmekordistub arv lähema 30 aasta jooksul, jõudes 2050. aastal 152 miljonini. Eestis on hinnanguliselt 22 942 dementsusega inimest²⁷.

Enamik vaimse tervise probleeme arenevad välja lapsepõlves või nooremas täiskasvanueas – 50% vaimse tervise probleemidest avaldub enne 14. eluaastat ja 75% enne 24. eluaastat ning seda näitab ka statistika. Esmahaigestumus on suurim vanuses 20–24. Psühhiaatrite poolt registreeritud **ambulatorsete psühhiaatriliste haiguste esmahaigestumus** laste ja noorte hulgas **ei ole viimase kolme aasta jooksul oluliselt vähenenud** ning naiste puhul vanuses 10–14, 15–19 ja 20–24 **on näha tõusutrendi** (joonis 4). Noormeeste puhul on 2019. aasta võrreldes 2017. aastaga üldiselt langustrendis.

²⁷ Dementia in Europe Yearbook. Alzheimer Europe, 2019



Joonis 4. Uued ambulatoorsed psühhiaatrilised haigusjuhud laste ja noorte hulgas, 2017–2019
Allikas: Tervise Arengu Instituut

Arvesse tuleb võtta, et registreeritud haigestumuse kasv ei ole läbinisti negatiivne, kuna peegeldab ka seda, et rohkem osatakse abi otsida, ravi alustatakse varem ning rohkem lapsi saab vajalikku teenust. Samas näitavad need andmed **ainult seda hulka inimesi, kes on pöördunud psühhiaatri vastuvõtule**. Andmed peegeldavad Eesti teenuste kättesaadavust, rahastust ja spetsialistide võimekust. Tegelik vajadus ja psühhiaatriliste haiguste levimus võib olla palju suurem. Riigikontrolli analüüsi kohaselt sai **32% lastest arstiabi õigel ajal**, sealhulgas aktiivsuse- ja tähelepanuhäirega lastest 29% ja söömishäiretega lastest 37%.²⁸ Mujal maailmas tehtud uuringute kohaselt on leitud, et hinnanguliselt 75% lastest ei saa neile vajalikku vaimse tervise tuge.²⁹

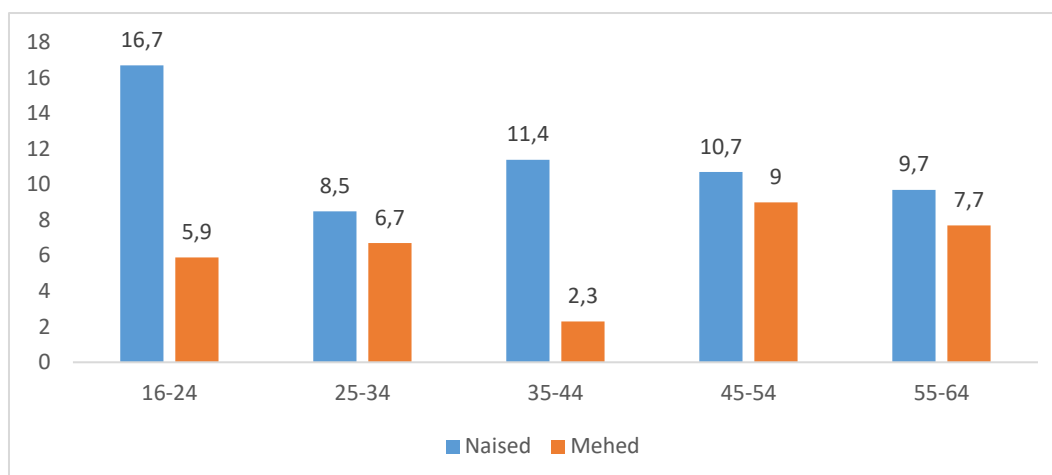
WHO kohaselt on just **depressioon** (2017. a levimus Eestis 5,9%) **enim levinud psüühikahäire, mis põhjustab märkimisväärset tervisekaotust kogu maailmas ja on üks enim aladiagnostitud haigusi**. Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu kohaselt on 2017/2018. õppeaastal kogenud depressiivset episoodi iga kolmas 11–15-aastane. Eriti sage on depressioon 15-aastaste hulgas – 31% poisse ja 51% tüdrukuid ütleb, et neil on viimasel 12 kuul esinenud depressiivseid episoodide³⁰. 2018. aastal oli eelneva aasta jooksul depressiooni diagnoosi või ravi saanud enese sõnul Eesti ühiskonnas 10,9% naistest ja 6,2% meestest³¹.

²⁸ [Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel](#). Riigikontroll, 2016

²⁹ Dvorsky et al. (2014). [School-based screening for mental health in early childhood](#)

³⁰ Oja, Rahno, Piksööt (2019). [Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring \(HBSC\) 2017,2018](#). Tervise Arengu Instituut

³¹ Tekkel, Veideman, Reile (2019). [Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018](#). Tervise Arengu Instituut



Joonis 5. Vastajad, kellel on viimase 12 kuu jooksul diagnoositud või ravitud depressiooni, soo ja vanuse järgi

Allikas: Tervise Arengu Instituut. Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring

Antidepressantide kasutamisest teatas 2018. aastal 4,2% meestest ja 5,7% naistest. Kõige sagedasem on antidepressantide kasutamine 45–55-aastaste (9,1%) ja 55–64-aastaste (7,4%) naiste hulgas. Lisaks kasutatakse uinuteid (5,1% meestest ja 6,1% naistest), kõige sagedamini samuti vanuses 55–64 (8,3% mehi ja 11,5% naisi)³².

Depressioon on haigusena väga kompleksne ning seda mõjutavad väga paljud nüansid, kuid üheks abi mittesaamise põhjuseks võib olla see, et inimesed ise ei otsi depressiooni suhtes abi, teisalt see, et abi andjatel on aega või oskusi diagnoosimiseks vähe, samuti võib diagnostikat raskendada kaasuv somaatiline häire.³³ Ühiskonnas on selgeid märke sellest, et psüühikahäirete ja depressiooni suhtes esineb stigmat ehk häbistamist, põlgust ja hukkamõistu, mis võib viia indiviidi tõrjutuse, diskrimineerimise või ka ühiskondlikust elust väljatõukamiseni³⁴. Hirm sellise reaktsiooni ees takistab inimesi abi otsimast.

Depressiooni ja ärevushäirega on tihedalt seotud **digisõltuvus** kui ebaterve digiseadmete kasutamine ja **probleemne hasartmängimine**. Hasartmängimise leviku uuringud 2004–2019³⁵ viitavad hasartmängimisega seotud probleemide olemasolule ühiskonnas. **Patoloogilise hasartmängimise** (põhiline tunnus on võimetus vastu seista tungile mängida hasartmänge) tagajärjel **kogeb inimene probleeme sotsiaalses, tööalases ja/või materiaalses toimetulekus, suhetes ja kohustuste täitmisel**. Eestis tehtud laste ja noorte mängukäitumist hindavate uuringute andmetel laste **probleemne digikäitumine** süveneb.^{36, 37}

Hasartmängudega, s.o raha peale mängimisega on kokku puutunud 15–74-aastastest 70%, viimase kolme (2017–2019) aasta jooksul 50% ehk iga teine. Internetis hasartmängude mängimise osakaal on trendina suurenemas (2014. a oli internetis mängijaid 13%, 2019. a 31% mängijatest). Patoloogilise hasartmängimise risk elanikkonnas on 7% ning mängijate seas 13%. Riskirühma kuulumine on meeste seas suurem kui naiste seas (20% vs. 7%), muu rahvuse seas suurem kui eestlaste seas (23% vs. 10%) ning viimasest sõltuvana piirkondlikult Kirde-Eestis ja asulatüübi järgi suurtes linnades. Vanuse järgi on sõltuvusriski määr keskmisest kõrgem noorimas ehk 15–19-aastaste vanuserühmas (28% mängijatest vs.

³² Tekkel, Veideman, Reile (2019). [Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018](#). Tervise Arengu Instituut

³³ Kleinberg (2014). [Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services](#).

³⁴ Merle Purre (2015). [Psüühikahäirete stigma ja vaimse tervise diskursus Eesti noorte seas](#).

³⁵ [Eesti elanike kokkupuuted hasartmängudega](#). (TNS Emor, hasartmängusõltuvuse nõustamiskeskus, 2010–2019)

³⁶ [DIGILAPS.2013-2015](#). Tervise Arengu Instituut, 2015

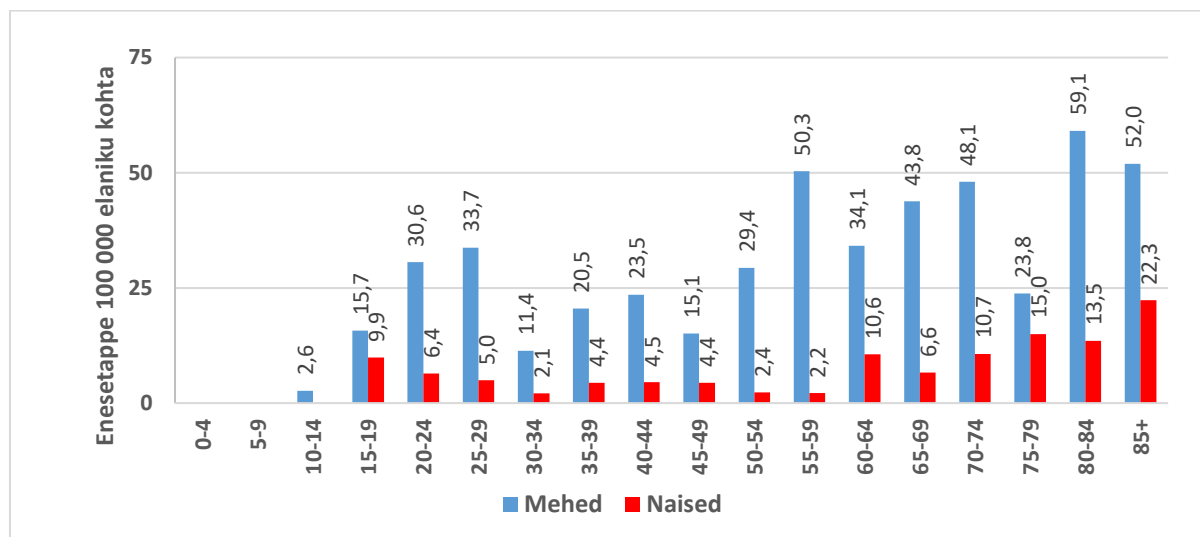
³⁷ Sukk, Soo (2018). [EU Kids Online'i Eesti 2018. aasta uuringu esialgsed tulemused](#). Kalmus, V., Kurvits, R., Siibak, A. (toim). Tartu: Tartu Ülikool, ühiskonnateaduste instituut

keskmine näitaja 13%). Mängijatest, kes otsesõnu probleeme tunnistavad, **ei ole enamik (61%) abi otsinud. Seega tuleb tähelepanu pöörata probleemi (sh digikäitumise) leviku hindamisele ning õigeaegse ravi- ja ennetustegevuse kättesaadavuse tagamisele ja vajaduse korral hasartmängimise riiklike regulatsioonide täiendamisele.**

1.4. Enesevigastused ja suitsiidid

Pikaajalise depressiooniga võib kaasneda ennast kahjustav käitumine enesetapumõtete ja -katseteni välja. Suitsiid on protsess, mida mõjutavad erinevad kaitse- ja riskitegurid. See teeb võimalikuks suitsiidiprotsessi sekkumise ja suitsiidikäitumise ennetamise. Äärmiselt oluline on suitsiidiprotsessi ja suitsiidikäitumist mõista – tunda ära suitsiidiriskiga inimesed ja pakkuda neile kiiret asjakohast abi probleemide lahendamisel. Olulisim suitsiidi **riskitegur on depressioon**, peamiselt just diagnoosimata ja ravimata depressioon, aga riskitegurid on ka **riskikäitumine** (nt alkoholi liigtarvitamine) ja **sotsiaalne tõrjutus**. Samuti on suitsiidi riskiteguriks üksi elamine, töötus, raskete psüühika- ja käitumishäirete olemasolu. Uuringu „Aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanute epidemioloogiline ülevaade“ tulemus näitas, et **enesetapu sooritanud lastel ja noorukitel oli kontrollrühmaga võrreldes rohkem diagnoositud meeleoluhäireid**. Nii meeste kui naiste puhul esines rohkem vaimse tervise häireid, kuulmis- ja nägemishäired ja kroonilist valu ning viimasel eluaastal visiite erakorralise meditsiini osakonda.³⁸

Suitsiidsus on Eestis jätkuvalt suur. Enesetapumõtteid on elu jooksul mõelnud 16,1% kõigist meestest ja 16,8% naistest³⁹. **Märgatavalt on halvenenud 13–15-aastaste** vaimne tervis, neist **iga viies on aasta jooksul mõelnud enesetapule**⁴⁰. Enesetapud puudutavad inimesi kõigis vanusrühmades ning kogu elukaare jooksul sureb suitsiidi tagajärjel rohkem mehi kui naisi. Nii naiste kui meeste hulgas on enesetappe just vanemate inimeste hulgas sagedamini. Kuigi arvuliselt enim suitsiide on tööealiste meeste seas, on suremuse vanuskordajad suurimad 65-aastastel ja vanematel.



Joonis 6. Enesetappe 100 000 elaniku kohta soo ja vanuserühmade järgi
Allikas: Tervise Arengu Instituut ja Statistikaamet, 2019

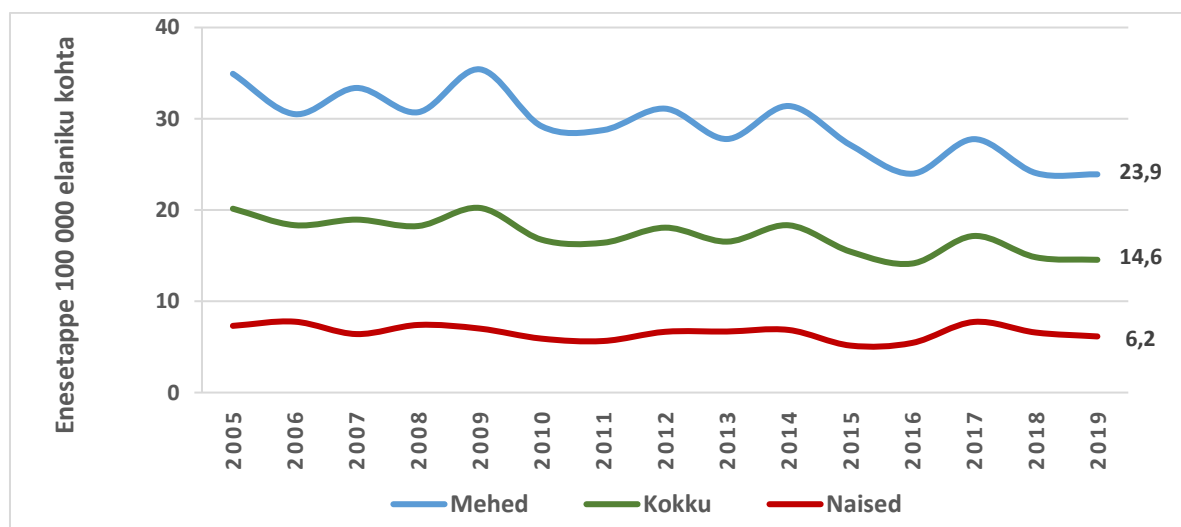
³⁸ Rooväli et al. (2018). [Aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanute epidemioloogiline ülevaade](#). Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

³⁹ Tekkel, Veideman, Reile (2019). [Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018](#). Tervise Arengu Instituut

⁴⁰ Oja (2020). [Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine. 2017/2018. õppeaasta uuringu raport](#). Tervise Arengu Instituut

Uuringud näitavad, et 56%⁴¹–78%⁴² inimestest **sureb esimesel suitsiidikatsel**. Hinnanguliselt on iga enesetapu kohta Eestis **25 enesetapukatset** (ehk ligikaudu 4825 enesetapukatset kokku) ja üks suitsiid võib oluliselt mõjutada 60–135 inimest. Arvestades, et kaotame aastas ligi 200 elu enesetappude tagajärjel, **muutub igal aastal suitsiidide tõttu psühholoogiliselt haavatavamaks 12 000–27 000 Eesti inimest**. See tähendab, et nende inimeste puhul on kasvanud füüsilise ja psüühilise haigestumise risk, sealhulgas suitsiidirisk. Tahtlike enesevigastuste tõttu ravi vajanud isikuid registreeriti 2019. aastal 1425 (sh 765 meest ja 660 naist). 100 000 elaniku kohta oli vastav näitaja 119,2 juhtu aastas (107,8 naised ja 132,0 mehed), kuid **15–24-aastaste seas oli see näitaja oluliselt kõrgem ehk 316,2** (soo järgi vaadatuna 416,5 naised ja 220,2 mehed). Oluline on siinjuures märkida, et tahtlikud enesevigastused ei tähenda kohe inimeste soovi endale surmavalt viga teha. Enda kahjustamise põhjused on erinevad.

Suremus enesetappude tagajärjel on olnud alates 2005. aastast mõõdukas langustrendis (joonis 7), seda eelkõige enesetappude vähenemise tõttu meeste seas. Tervise Arengu Instituudi andmetel suri 2019. aastal **suitsiidi tagajärjel 193 inimest**, kellest 150 olid mehed. Vanuses 10–19 üheksa inimest, kellest kuus meessoost (joonis 6). Alates keskeast (50+) on meeste seas enesetappude suremuskordaja rahvastiku keskmisest oluliselt suurem (14,6 enesetappu 100 000 elaniku kohta 2019. a; meeste hulgas 23,9) (joonis 7). See on selge indikaator, et juba enne keskiga tuleb vaimsele tervisele pöörata rohkem tähelepanu ning seda eriti meeste hulgas, et ennetada vanusega suurenevat enesetapuriski. Joonisel on välja toodud enesetapud, arvestades RHK⁴³ koode X60–X84 (tahtlik enesekahjustus) ja Y87.0 (rünne pestitsiididega).



Joonis 7. Enesetappude suremuse üldkordaja 100 000 elaniku kohta, 2005–2019

Allikas: Tervise Arengu Instituut

Suitsiidiennetus vajab läbimõeldud ja süsteemset lähenemist ning seetõttu on Sotsiaalministeerium alustanud suitsiidiennetuse tegevuskava väljatöötamisega.

1.5. Vaimne tervis ja uimastid

Vaadates vaimse tervisega seotud enneaegse suremuse ja haigestumuse näitajaid ühiskonnas, on teada, et enim kaotatakse Eestis eluaastaid psühhootiliste ainete (peamiselt

⁴¹ Isometsä, Lönnqvist (1998). [Suicide attempts preceding completed suicide](#)

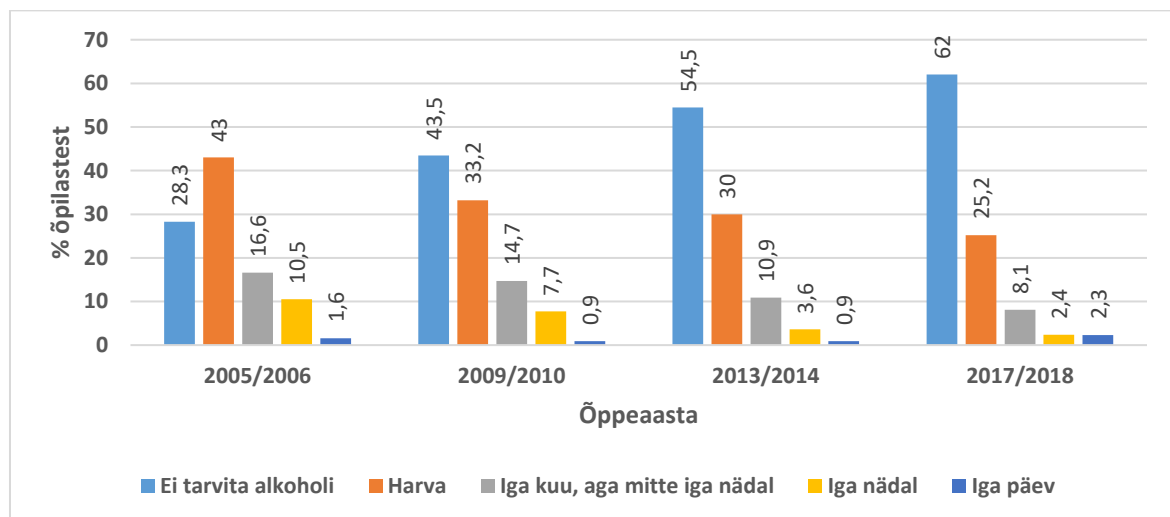
⁴² McNiel (2019). [Characteristics of persons who die on their first suicide attempt: results from the National Violent Death Reporting System](#)

⁴³ [RHK 10 klassifikaator](#)

alkoholi) tarvitamise tõttu ning alkoholi liigtarvitamine on jätkuvalt üks suuremaid probleemkohti ja terviseprobleeme põhjustav riskitegur ühiskonnas.

Aastal 2019 tarvitati Eestis 10,4 liitrit puhast alkoholi ühe täiskasvanud (15+) elaniku kohta.⁴⁴ 2019. aastal said psühhiaatri poolt ambulatoorset konsultatsiooni psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete tõttu 7297 meest ja 2101 naist⁴⁵.

Alkoholitarbimine algab juba üsna varases eas. Iga päev või iga nädal tarbib alkoholi 4,7% 11–15-aastastest õpilastest. Vaatamata sellele, et vähemalt korra elus on purjus olnud 40% 15-aastastest, võib positiivsena välja tuua alkoholi mittetarvitavate õpilaste ja noorte arvu kasvu (joonised 8 ja 9). Uuringu „Uimastite tarvitamine koolinoorte seas“ raport⁴⁶ toob välja, et 20 aasta jooksul on märkimisväärselt vähenenud elu jooksul alkoholi tarvinud 15–16-aastaste noorte osakaal, täpsemalt on see kahanenud 96%-lt 1999. aastal 83%-ni 2019. aastal. Siiski on 34% tüdrukutest ja 31% poistest viimase kuu jooksul joonud vähemalt ühel joomiskorral viis või rohkem drinki. See näitab, et jätkuvalt on üheks probleemkohaks alkoholi kättesaadavus noortele. 2017. aastal tehtud alkoholi testostmisel selgus, et kange alkoholi ostmisel ei küsitud noortelt inimestelt dokumenti 48,6% juhtudest⁴⁷.



Joonis 8. 11-, 13- ja 15-aastaste õpilaste alkoholi tarvitamise sagedus

Allikas: Tervise Arengu Instituut. Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring HBSC, 2019

Üldjoontes on alkoholi tarvitamine tosina aasta jooksul vähenenud kolmandiku võrra ning hoiakud on muutunud tervist toetavamaks tänu järjekindlale tõenduspõhisele tegevusele eri valdkondades – ennetustöö, reklaami piiramine, ravi ja nõustamise arendamine, joores juhtimise ennetamine jm. Teismeliste vähenenud riskikäitumist saab seletada mitte niivõrd alkoholi- või mõne muu aine spetsiifilise sekkumismeetmega, vaid laiemalt laste ja perede vaimset tervist toetavate meetmetega, samuti üldise alkoholitarbimise vähenemise ja ühiskonna hoiakute muutumisega. Tervise Arengu Instituudi 2018. aasta täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringu järgi tarvitavad mehed alkoholi sagedamini kui naised, kuigi nooremate meeste hulgas on näha mõningast alkoholitarbimise langust, ennekõike nende arvelt, kes tarbivad alkoholi mõned korrad nädalas. 2018. aastal tarvitasid kõige sagedamini alkoholi iga päev 35–44-aastased mehed (11%), 45–54-aastased mehed (10%)

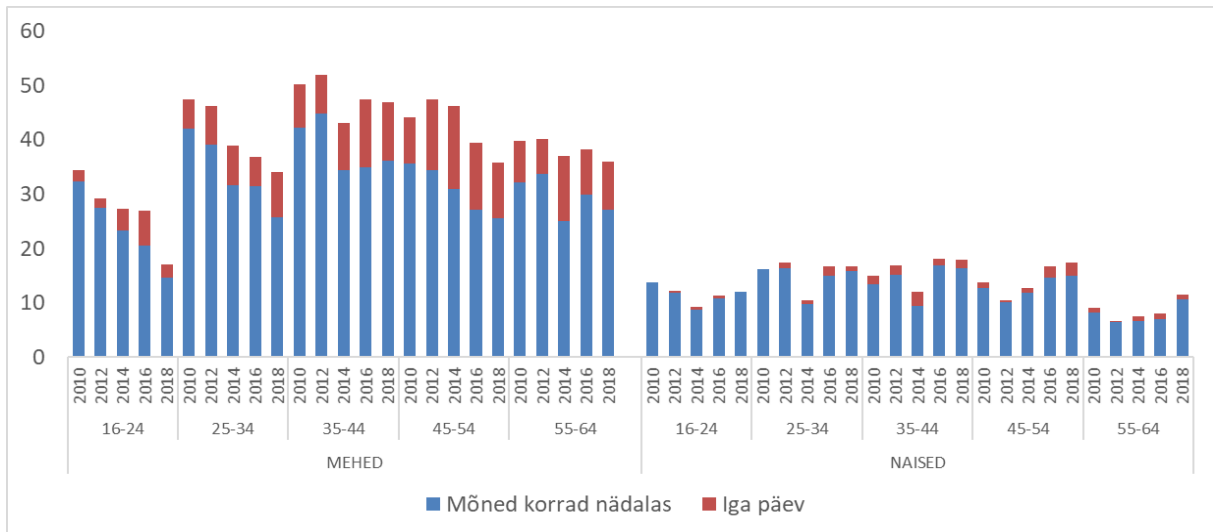
⁴⁴ Eesti alkoholiturg, alkoholi tarbimine ja alkoholipoliitika 2019. aastal. Eesti Konjunkturiinstituut, 2020

⁴⁵ Tervisearengustatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut

⁴⁶ Vorobjov, Tamson. Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: tubakatoodete, alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine Eestis 15-16-aastaste õpilaste seas. Tervise Arengu Instituut, 2020

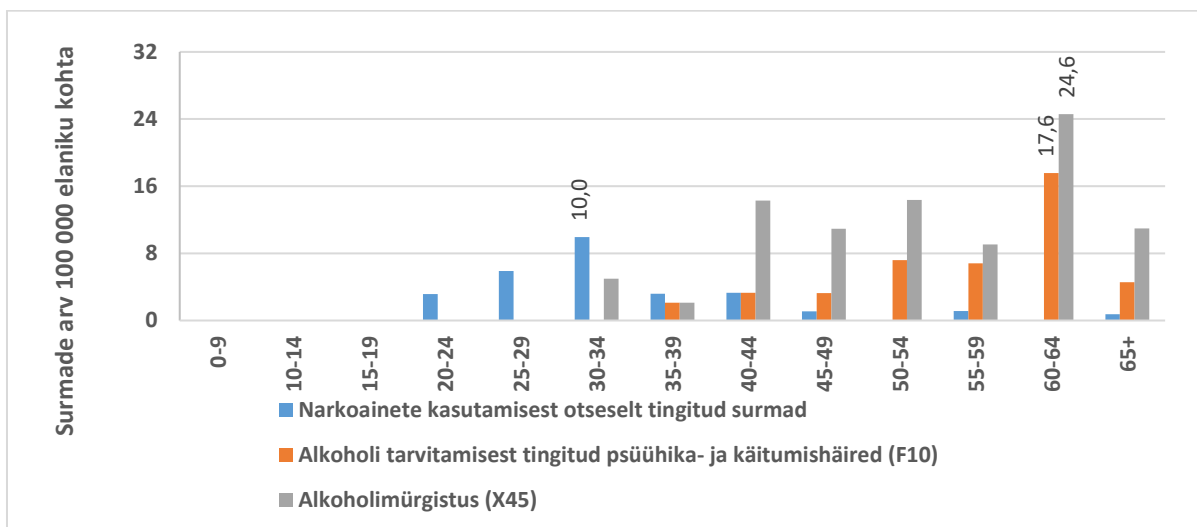
⁴⁷ Tervisearengustatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut

ja 55–64-aastased mehed (9%). Naiste hulgas on igapäevane alkoholitarbimine harvem, kõige sagedamini tarvitavad iga päev alkoholi 45–55-aastased naised (3%).



Joonis 9. Alkoholi tarvitamise sagedus viimase 12 kuu jooksul vanuserühmades, 2010–2018
Allikas: Tervise Arengu Instituut. Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring

TAI andmetel suri 2018. aastal otseselt alkoholi liigtarvitamisega seotud haiguste tõttu kokku 495 inimest, neist 113 naist ja 382 meest, kõige rohkem esines maksa alkoholtõbe. Aastal 2019 suri alkoholi tarvitamisest põhjustatud haigustesse 507 inimest ning alkoholimürgistusse 100 inimest. Kõige sagedasemad on alkoholimürgistusest ja alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäiretest tulenevad surmad 60–65-aastaste hulgas.



Joonis 10. Narkootiliste ja psühhotropsete ainete kasutamisest otseselt tingitud ning alkoholimürgistusest ja alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäiretest tulenevad surmad 100 000 samavanuse elaniku kohta Eestis
Andmed: Tervise Arengu Instituut ja Statistikaamet, 2019

Narkootiliste ja psühhotropsete ainete kasutamisest otseselt tingitud surmajuhtumeid oli 27 (joonis 10), pea kolmveerand ohvritest (74,1%) olid meessoost ning kõige sagedamini puudutab see 30–34-aastaseid inimesi. Veerand (25%) Eesti täiskasvanud elanikest on tarvitanud elu jooksul mõnda narkootilist ainet, millest kõige sagedasem on kanep. Eestis tehtud uuringu⁴⁸ kohaselt esines narkootikumide tarvitamist sagedamini alla 35-aastaste

⁴⁸ Vorobjov et al (2018). [Eesti täiskasvanud rahvastiku uimastite tarvitamise uuring](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut

hulgas. Igal neljandal tarvitajal esines seoses narkootiliste ainete tarvitamisega probleeme kodus või paarisuhetes ning igal seitsmendal oli majanduslikke probleeme ja/või probleeme sõpradega.

Eesti 15–16-aastastest õpilastest on 38% enda sõnul tarvitanud mõnda narkootilist ainet ja see ei ole võrreldes 2015. aasta uuringuga muutunud. Sagedamini kasutatud ained on kanep ning rahustid ja/või uinutid (ilma arsti korralduseta). Kui kanepi tarvitamine elu jooksul on vähenenud (26%-lt 21%-le), siis rahustite ja/või uinutite tarvitamine on sagenenud (9%-lt 15%-le). Narkootiliste ainete katsetamist alustatakse eelkõige 14–15-aastaselt, poisid pisut varem kui tüdrukud⁴⁹.

Oluline on ära märkida, et valdkonnas on viimastel aastatel nii narkootikumide tarvitamises kui sõltuvuste ravis ja tarvitajate vaimse tervise toetamises toimunud positiivseid muutusi, mis vajavad põhjalikumalt käsitlemist. 2014. aastal valminud Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat on kehtivuse kaotanud, kuid selle uuendamise protsessiga on alustatud.

1.6. Vägivald ja seksuaalkuriteod

Igasugune vägivald, nii vaimne, füüsiline kui seksuaalne, mõjutab inimeste vaimset tervist. Vägivald võib olla pidev ja aastaid kestev, aga ka ühekordne traumeeriv kogemus. Lisaks otsesele vägivallale mõjuvad inimeste vaimsele tervisele ka näiteks n-ö mikroagressioonid, st pidev ja vaevu hoomatav enesekindluse õhnestamine ja võimaluste piiramine⁵⁰. Ahistamine ja vägivald ei ole ainult füüsilised, vaid ka sõnalised ja mittesõnalised tegevused (nt žestid, viiped, näoilmed), mis mõjuvad ähvardavalt, heidutavalt ja vaimset tervist kahjustavalt.

Veidi enam kui iga kümnes kuritegu Eestis on perevägivallakuritegu. Aastal 2019 registreeriti **4119 perevägivallakuritegu, mida on 14% rohkem kui 2018. aastal** ning iga teine vägivallakuritegu Eestis on perevägivallakuritegu⁵¹. 85% perevägivalla toimepanijatest olid mehed, 81% perevägivalla ohvritest olid naised. 97% seksuaalse ahistamise toimepanijatest olid mehed ja 97% ohvritest naised. Enamikul juhtudel on perevägivalla toimepanija ohvri praegune või endine paarisuhtepartner.

Ligi 30% perevägivallakuritegude puhul on ohvriks lapsed. Oluline on teadvustada, et perevägivalla puhul on laps alati ohver, ka siis, kui vägivald peres ei ole otseselt lapsele suunatud, kuid laps on pealtnägija. Tagasivaatavalt nägi viiendik Eesti täiskasvanud elanikkonnast lapsepõlves pealt isa vaimset ja füüsilist vägivaldat ema suhtes; ema vaimset vägivaldat isa suhtes on kogunud 12% ja ema füüsilist vägivaldat isa suhtes 4–5%⁵². Vägivald kandus sageli üle ka lastele endile.

Samuti on suurenenud registreeritud seksuaalkuritegude arv. Kokku registreeriti 2019. aastal 643 seksuaalkuritegu, millest **549 puhul oli kannatanuks laps; neist kuritegudest omakorda 261 olid kontaktsed seksuaalkuriteod.** Inimkaubanduses esines 77 kuritegu (46 juhtumit 2018. a). Kuritegude arv kasvas kupeldamiskuritegude arvu kasvu tõttu. Raporti „Kuritegevus Eestis 2019“⁵³ andmete alusel võib tõdeda, et viimase kümne aasta jooksul ei ole ühelgi aastal registreeritud nii palju seksuaalkuritegusid kui aastal 2019. Siiski tuleb meele pidada, et registreeritud juhtumite arvu kasv ei ole läbinisti negatiivne, vaid see näitab ohvrite ja elanikkonna üldise teadlikkuse kasvu abi otsida ja sekkuda.

⁴⁹ Vorobjov, Tamson. [Uimastite tarvitamine koolinoorte seas: tubakatoodete, alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine Eestis 15-16-aastaste õpilaste seas](#). Tervise Arengu Instituut, 2020

⁵⁰ Bhui. (2018). Gender, power and mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 212(3), 191–192. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.30>

⁵¹ [Kuritegevus Eestis 2019](#). Justiitsministeerium, 2020

⁵² Proos, Pettai, Laidmäe. (2016) Pere- ja naistevastane vägivald ja ohvrite tervis. Üle-eestilise uuringu 2015 tulemused. Eesti Avatud Ühiskonna Instituut

⁵³ [Kuritegevus Eestis 2019. Justiitsministeerium, 2020](#)

Vähemalt ühel korral on elu jooksul mõnda seksuaalvägivalda liiki kogenud 28% 16–26-aastasest noortest. Keskmise vanuse esimest korda või ebameeldiva seksuaalse väärkohtlemise ohvriks langedes oli 15,7 aastat. Kuni 12-aastaselt langes esimest korda seksuaalse väärkohtlemise ohvriks 17%, nii 13–15-aastaselt kui 16–17-aastaselt ligi neljandik ning 18-aastaselt või vanemalt kolmandik noortest. Seega kogeb märkimisväärne hulk noortest seksuaalset väärkohtlemist esimest korda juba enne 12-aastaseks saamist ning seksuaalse väärkohtlemise kogemused lisanduvad järjest teismelisena ja noore täiskasvanuea jooksul⁵⁴.

Kuigi **laste füüsiline karistamine**⁵⁵ on seadusega keelatud ning üks vähem levinud lapsevanemate toimumisviise olukorras, kus laps ei kuula sõna või ei käitu soovitud, kuulub see siiski veel **ligi viiendiku lapsevanemate distsiplineerimismeetodite hulka. Tutistamist, löömist, rihma ja vitsa andmist teatud olukordades peab vajalikuks 42% täiskasvanutest.**⁵⁶ Kehalise väärkohtlemisega on tegemist 85%-l lapse vastu suunatud perevägivaldaktiividest.⁵⁷

Lisaks on oluline teema ja probleemkoht noorte vaimse tervise säilitamise ja häirete ennetamise seisukohalt koolikiusamine. 2015. aastal tehtud kooliõpilaste küsitlusest selgus, et viimase 12 kuu jooksul koges kiusamist 19% 5.–9. klassi lastest. 4% kiusatud õpilastest koges kiusamist iga päev⁵⁸.

Väärkohtlemine (nii vaimne kui füüsiline) ja perevägivald on peamised lapse trauma, mis võivad tundlikel arenguperioodidel bioloogiliselt kinnistuda ning põhjustada elukestvaid füüsilisi ja vaimse tervise probleeme, sealhulgas hälbivat ja kriminaalset käitumist täiskasvanuna.⁵⁹ Oluline on mõista, et vägivald ei ole ainult ohvri ja tema perekonna mure. Peale emotsionaalsete, tervislike ja majanduslike kahjude tuleb kahju kanda kogu ühiskonnal ja riigil. **Näiteks on Eestis perevägivalda maksumuseks hinnatud 116,5 miljonit eurot aastas**⁶⁰.

1.7. Vaimse tervise teenused, kättesaadavus ja häbimärgistamine

Vaimse tervise valdkonnas töötavate ja teenust osutavate spetsialistide ring on lai (vt ptk 3), see on hajutatud tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna alla (vt ptk 2) ning statistika on ebatäielik. See teeb nii olemasoleva ressursi kui ka teenuste olemasolu ja kättesaadavuse hindamise keerukaks.

Tervise Arengu Instituudi andmetel töötas 2019. aastal **Eestis 228 psühhiaatrit**, sh 24 laste- ja noorukite psühhiaatrit (st 16 psühhiaatrit 100 000 elaniku kohta). Psühhiaatrite arv 100 000 elaniku kohta erineb riigiti suuresti ning on näiteks Bulgaarias 7, Poolas 24 ja Norras 48.⁶¹ Eesti Psühhiaatrite Seltsi koostatud psühhiaatria eriala arengukava järgi oleks ootuspärane psühhiaatrite arv 260 ehk **30–40 psühhiaatrit praegusest enam**. Lisaks peab arvestama, et **suur osa psühhiaatritest on juba pensioniealised** või lähiajal sellesse vanusesse jõudmas (122 psühhiaatrit on vanuses 55+). Seega on puuduvate psühhiaatrite arv veelgi suurem, mistõttu saab rääkida **psühhiaatrite kriisist**. Samuti on puudus kliinilistest psühholoogidest, koolipsühholoogidest, vaimse tervise õdedest, perearstidest jt (vt lähemalt ptk 3). Arstide vähesusest kõneleb ka kasvav selliste inimeste arv, kes ootavad arstile pääsu

⁵⁴ Hillep, Pärnamets (2020). [Laste ja noorte seksuaalse väärkohtlemise hoiakute ja kogemuste uuring](#). Justiitsministeerium

⁵⁵ Lapse igasuguse väärkohtlemise keelavad nii [lastekaitseaduse](#) § 24 lg 1 kui [perekonnaseaduse](#) § 124 lg 2

⁵⁶ Anniste *et al.* (2018). [Lapse õiguste ja vanemluse uuring 2018. Uuringu aruanne](#). Tallinn: Poliitikauringute Keskus Praxis

⁵⁷ [Kuritegevus Eestis 2019](#). Justiitsministeerium, 2020

⁵⁸ Mark *et al.* (2015). [Kiusamine koolis](#). Uuringu raport. Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut

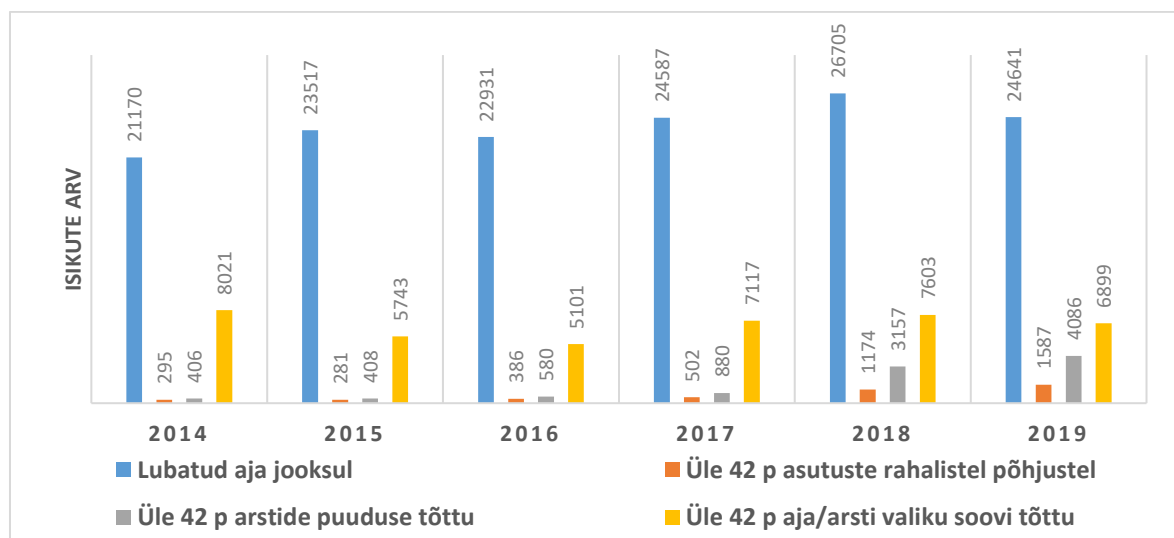
⁵⁹ Gershoff, Grogan-Kaylor (2016). [Spanking and child outcomes: Old controversies and new meta-analyses](#)

⁶⁰ Pettai *et al.* (2016). [Perevägivalda hind Eestis](#). Tallinn: Eesti Avatud Ühiskonna Instituut

⁶¹ [Mental health: Fact sheet](#). WHO 2019

lubatud ajast kauem (üle 42 päeva) (joonis 11). Arstide puuduse tõttu lubatud ajast kauem ootamise probleem on teravam haiglavõrgu arengukava asutustes, kuid ka haigekassa erateravishoiu lepingupartnerite juures näitab järjekorras olevate inimeste arv viie aasta jooksul kasvutrendi. Statsionaarse psühhiaatrilise abi kättesaadavuse seisukohalt on problemaatilised kaks piirkonda – Harjumaa (sh Tallinn) ja Ida-Virumaa (vt ptk 1.4–1.6).

Lisaks arstide vähesusele on üle lubatud ooteaja järjekorras olevate inimeste arv suurenes ka asutuste lepingumahu piiratuse tõttu (joonis 11). Haigekassa ostab ravisutustelt oma kindlustatutele teenuseid vastavalt ravikindlustuse eelarve võimalustele ning tervishoiuteenuse osutaja planeerib oma tegevuse tema käsutuses olevate ruumide, seadmete, teenust osutava personali ja haigekassaga sõlmitud lepingumahu järgi⁶². Inimesel on õigus valida endale sobiv eriarst ja vastuvõtuaeg. Aastati eelistab ise arsti ja/või vastuvõtuaega valida ning on seetõttu nõus järjekorras kauem ootama suhteliselt võrreldav hulk inimesi. Siiski pääseb enamik (üle kahe kolmandiku) vaimse tervise muredega patsientidest vastuvõtule lubatud ooteaja (kuni 42 päeva) jooksul (joonis 11), kuid nende inimeste osakaal on kuue aasta jooksul vähenenud. Eraldi arutelu vajaks see, kas praegu kehtiv lubatud ooteaja pikkus vastab tänapäeva süsteemi võimekusele või oleks võimalik seda lühendada. Ravijärjekordade nõudlust mõjutab näiteks konkreetsete ravisutuste töö planeerimine (kui palju vastuvõtuaegasid broneeritakse plaanilisteks esmavastuvõttudeks, kui palju erakorralisteks jne), suur tagasikutsete arv, vastuvõtule registreerunud, kuid kohale tulemata jäänud patsientide arv jne. Ravijärjekordi aitavad lühendada perearstisüsteemi tugevdamine, IKT-lahenduste arendamine, sh näiteks e-konsultatsiooni või e-tervise infosüsteemi areng⁶³.



Joonis 11. Vastuvõtude järjekordade ülevaade psüühiliste häirete kategoorias
Allikas: Eesti Haigekassa

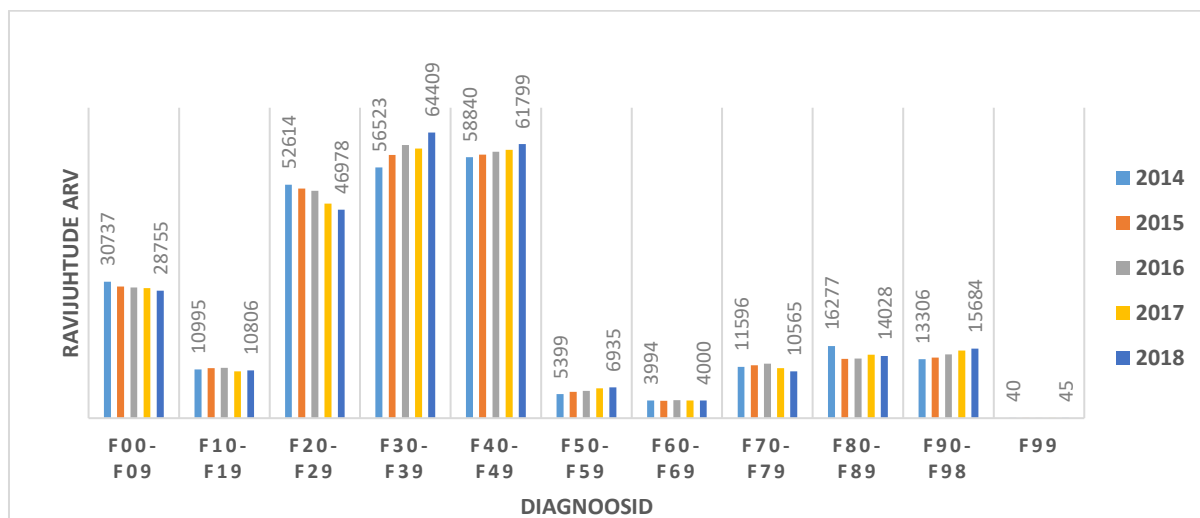
Haigekassa andmetel pole vaimse tervisega seotud ravijuhtude arv viie aasta jooksul märkimisväärselt muutunud. Diagnoose vaadeldes võib siiski tõdeda, et suurenes on meeleluhäirete, neurooside, füsioloogiliste funktsioonide häirete ja tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäirete osakaal (joonis 12). Enim on kasvanud füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste ehk somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomide ravijuhtude osakaal (28,5% võrra). Nimetatud kategoorias moodustavad 98% diagnoosidest söömishäired (32,9%), mitteorgaanilised unehäired (37,3%) ja seksuaaldüsfunktsioonid⁶⁴

⁶² [Ravijärjekorrad](#). Eesti Haigekassa koduleht

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ [Seksuaaldüsfunktsioon tähendab](#), et inimene ei suuda osaleda seksuaalsuhetes nii, nagu ta seda sooviks. Võimalik on huvi, nauding või eduka seksuaalsuhte jaoks vajalike füsioloogiliste reaktsioonide puudumine või orgasmi kontrollimise või kogemise vaegus.

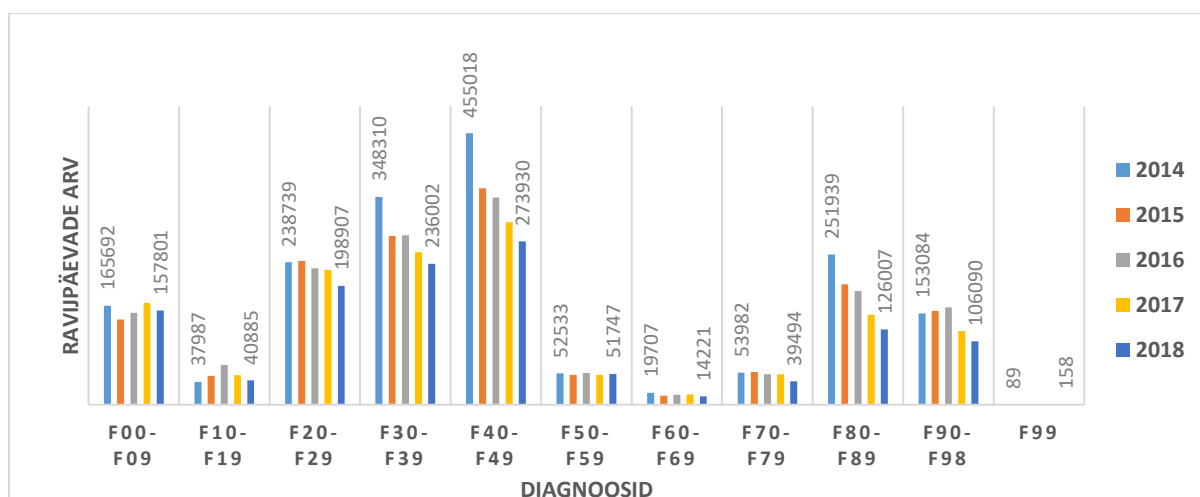
(27,7%). Pea poole vaimse tervisega seotud ravijuhtudest moodustavad meeleoluhäired ning neurootilised, stressiga seotud ja somatiformsed häired (2018. a vastavalt 24,4% ja 23,4%). Vastavate diagnooside ravikulud moodustasid kogu psüühiliste häirete viie aasta keskmisest ravikulust 33,9% ja 15,8% ehk peaaegu poole⁶⁵.



Joonis 12. Vaimse tervisega seotud ravijuhtude arv Eestis psühhiaatrite määratud diagnooside järgi aastatel 2014–2018

Allikas: Eesti Haigekassa

Ambulatoorse, statsionaarse ja õendusabi ravipäevade arv on vaimse tervise häirete kategooriates viie aasta jooksul vähenenud 29,9% võrra. Vastav trend võib tähendada, et patsientidele suudetakse pakkuda efektiivsemat ravi (joonis 12). Samas on huvigruppide esindajad viidanud ka piiratud võimekusele patsienti tagasi kutsuda. Näiteks kliinilistest audititest „Ärevushäire käsitus esmatasandil“⁶⁶ ja „Depressiooni diagnostika ja ravi esmatasandil“⁶⁷ selgus, et suurt osa patsiente ei kutsuta järelvisiidile või nad ei käi seal. Samas on teada, et depressioon ja ärevushäire ei parane ühe visiidiga. Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete (F10–19) ravipäevade arv on aga olnud muutlik.



Joonis 13. Ravipäevade arv psühhiaatrite määratud vaimse tervise diagnooside järgi aastatel 2014–2018

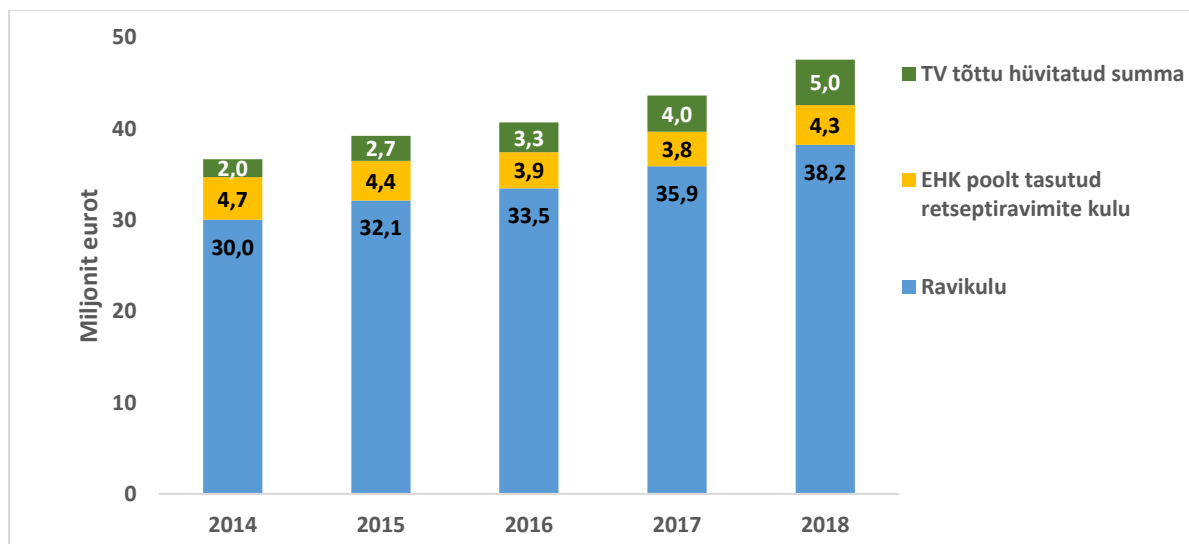
Allikas: Eesti Haigekassa

⁶⁵ RHK 10 klassifikaator

⁶⁶ Suija et al. (2018). [Kliinilise auditi „Ärevushäire käsitus esmatasandil“ kokkuvõte](#). Eesti Haigekassa

⁶⁷ Suija et al. (2016). [Kokkuvõtte kliinilisest auditist „Depressiooni diagnostika ja ravi esmatasandil“](#). Eesti Haigekassa

Kuigi selliste inimeste arv, kellele kirjutatakse välja retseptiravimeid, pole viie aasta jooksul oluliselt muutunud (v.a F90–98), on välja kirjutatud retseptide arv inimese kohta pigem kasvamas. Samas on haigekassa osalusprotsent retseptiravimite kuludes viie aasta jooksul vähenenud suurema hüvitisega kategooriates (F20–29, F70–79, F90–98). Kokkuvõtvalt on näha, et psühhiaatrilistest häiretest tingitud otsesed kulutused on suurenes (joonis 14) ning on oodata vastava trendi jätkumist.



Joonis 14. Psühhiaatrilistest häiretest tingitud otsesed riigipoolsed kulutused ravikulu, haigekassa poolt tasutud retseptiravimite kulu ja töövõimetuse hüvitise järgi
Allikas: Eesti Haigekassa

Abi otsimises ja otsimata jätmises mängib vaimse tervise probleemide puhul lisaks kättesaadavusele suurt rolli häbimärgistus. Põhjused, miks ei julgeta või häbenetakse abi otsida, on erinevad. 2016. aastal tehtud elanikkonna küsitluse⁶⁸ kohaselt **ei soovi 62% Eesti elanikkonnast, et teised tema vaimse tervise probleemist teaksid**, ning **35% nõustub** väärarusaamaga, et **psüühikahäirete peamiseks tekkepõhjuseks on inimese enda enesedistsipliini ja tahtejõu puudumine**.

Vaatamata kõigele on viimase viie aasta jooksul Eesti vaimse tervise teenuste süsteem märkimisväärselt arenenud (eriti just lastele ja noortele suunatud teenused, mida 2009–2014 rahastati Norra toetuste programmi „Rahvatervis“ raames) ning ravi on Eestis kättesaadavam kui kunagi varem. Siiski ei vasta pakkumine nõudlusele ehk teenuste vajadus on võimalustest suurem. Oluline on erinevate teenuse- ja ravivõimaluste kõrval hea seista positiivse füüsilise ja vaimse keskkonna kujundamise ning ennetustegevuste elluviimise eest.

⁶⁸ [Elanikkonna teadlikkus, suhtumine ja hoiakud vaimse tervise teemal. Elanikkonna küsitlus](#). Faktum ja Ariko, Sotsiaalministeerium, 2016.

2. Vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenuste korraldus Eestis – olukord ja visioon

Vaimne tervis on mõjutatud paljudest kaitse- ja riskiteguritest. Vaimset tervist ja heaolu saab hoida ning edendada vaimse tervise kaitsetegurite tugevdamisega ja riskitegurite vähendamisega. Oluline on suurendada positiivset mõju, et see kaaluks üles negatiivsed kokkupuuted haavatavust suurendavate teguritega.

Teadusuuringute tulemusel on tänaseks olemas teadmine kuidas vaimse tervise probleeme ennetada ning et ennetus ja varajane sekkumine on kulutõhusad.⁶⁹ **Tegevuste rakendamiseks**, sealhulgas valdkondadevaheliste ennetustegevuste tugevdamiseks, **on vaja oluliselt enam investeerida ennetusse**. Ennetuse olulisusele ja eri valdkondade ülese koordineeritud tegevuse vajadusele pöörab tähelepanu Siseministeeriumi eestvedamisel koostatav **valdkondadeülene ennetuse kontseptsioon**⁷⁰. Nimetatud dokument annab teaduspõhised suunised ennetusvaldkonna otsuste tegemiseks ja ressursside eraldamiseks.

Olemas on lai valik tõenduspõhist praktikat vaimse tervise edendamiseks. **Läbimõeldud, tõenduspõhiste sekkumiste kasutamine aitab saavutada ühiskonda, kus väärtustatakse, edendatakse ja kaitstakse vaimset tervist**. Lisaks hoitakse sellega ära psüühikahäireid ning häiretest mõjutatud inimesed saavad taastumise soodustamiseks kasutada **inimõigusi järgivat ning õigeaegset ja kvaliteetset kultuuriliselt sobivat tervishoiu-, sotsiaal- ja kultuuriteenust**. Kõike selleks, et saavutada kõrgeim võimalik tervisetase ning osaleda täieõiguslikult, häbimärgistamise ja diskrimineerimiseta ühiskonnas.⁷¹

Kuna lõhe nende inimeste vahel, kes võiksid saada kasu vaimse tervise teenustest ja kellel on tegelikult juurdepääs tõenduspõhiste sekkumistele, on suur, on WHO välja töötanud **vaimse tervise teenuste osutamise püramiidi**⁷², mis annab raamistiku ja juhise liikmesriikidele selle kohta, kuidas võiks vaimse tervise teenused olla riigis organiseeritud. WHO kogemus ja uuringud^{73, 74} näitavad, et hinnanguliselt 2/3 inimestest, kellel on mingisugune vaimse tervise probleem, ei saa ravi ja seda ka riikides, kus vaimse tervise valdkonda on suunatud kõige rohkem ressursse.

Haigekassa andmetel on viimastel aastatel psühhiaatria eriala rahastamine olnud jätkuvalt kasvutrendis. 2018. aastal olid psühhiaatria eriala ravikulud 34,7 mln eurot (2017. a 32,6 mln eurot ja 2016. a 30,4 mln eurot). Kolme viimase aasta kulude kasv kokku oli 4,3 mln eurot ehk 14%. Siinjuures on oluline teadvustada, et nimetatud kasvu põhjuseks on eelkõige tervishoiutöötajate palgakokkulepe, mitte niivõrd teenuste mahu suurenemine. Eriala esindajad rõhutavad, et see kasv peab jätkuma nii teenuste jätkusuutliku hinna kui nende mahu suurendamiseks. Arvestades psühhiaatrie poolt konsulteeritud juhtude arvu kasvu, on järgneva kümne aasta jooksul prognoositav spetsialiseeritud abi vajavate ägedate ja krooniliste psühhiaatriliste patsientide pöördumiste arvu jätkuv kasv, kuna eelneva 20 aasta ennetusele suunatud tegevused on olnud ebapiisavad.

Vaadates pikemaajalisi levimuse prognoose, on oodata vaimse tervise probleemide jätkuvat suurenemist ühiskonnas. **Seda arvesse võttes peab vaimse tervise probleemide ennetus ja vajalike teenuste osutamine ühiskonnas olema korraldatud optimaalselt ja efektiivselt, arvestades olemasolevaid ressursse**. Maailma Terviseorganisatsiooni poolt

⁶⁹ [Prevention Works: A Call to Action for the Behavioral Health System](#). Society for Prevention Research, 2019

⁷⁰ [Eesti valdkondadeülene ennetuse kontseptsioon](#). Tööversioon. Siseministeerium, 2020

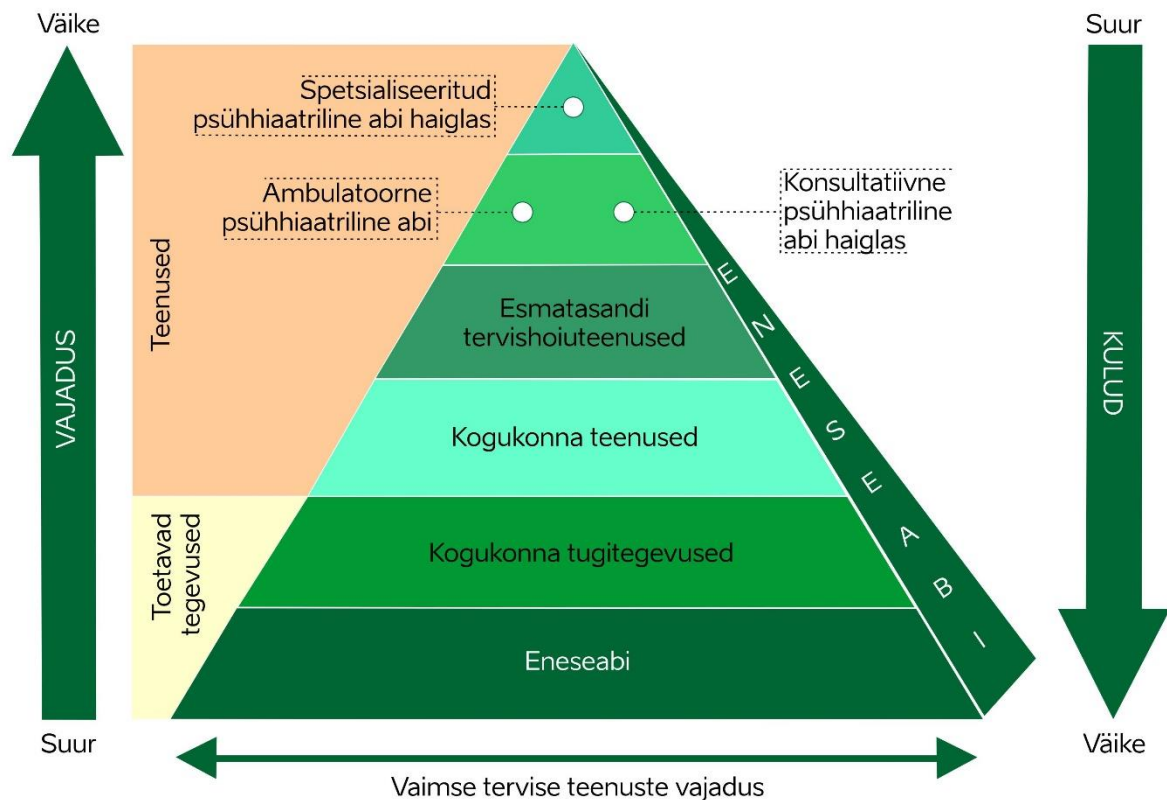
⁷¹ [Comprehensive mental health action plan 2013–2020](#). WHO, 2013

⁷² [The optimal mix of services for mental health](#). WHO, 2003

⁷³ Demyttenaere et al. (2004). [Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys](#)

⁷⁴ Kohn et al. (2004). [The treatment gap in mental health care](#)

välja töötatud vaimse tervise teenuste osutamise mudel võtab eespool nimetatud põhimõtteid arvesse (vt joonist 15).



Joonis 15. Visioon Eesti vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenuste korraldusest
Allikas: Maailma Terviseorganisatsioon. Eestile kohandanud Sotsiaalministeerium, 2019

Vaimse tervise teenuste osutamise püramiidi **alustala moodustavad inimese üldine teadlikkus** oma vaimsest tervisest ning enesetoetamise ja -abi oskused.

Mudelis soovitatakse teenuste regionaalse kättesaadavuse parandamiseks arendada just **kogukondlikke vaimse tervise tugitegevusi** (nt kogudused, külaliikumine), mida ülejäänud teenuste süsteemiga lõimida. **Igal järgneval tasandil on inimesed üha rohkem seotud professionaalse abiga.** Siiski on **enesetoetamine ja eneseabi ning planeeritud ennetustegevused vajalikud kõigil eritasanditel koos teiste samaaegsete teenustega, aidates nii kaasa kiiremale vaimse tervise taastumisele.**

Järgnevad teenused, kus lisaekspertis ja toetus on vajalik: **kogukonna** vaimse tervise teenused (nt perenõustamiskeskused), **esmatasandi tervishoiuteenused** (nt perearstiabi ja töötervishoid) ja haiglates pakutavad **psühhiaatrilised teenused.** Viimasena on püramiidi tipus **statsionaarne psühhiaatriline abi haiglates,** mis on vajalik kitsamale sihtrühmale ning on **kõige suurema kuluga teenus.**

Oluline on ära märkida, et **eneseabi ja kogukonnateenused ei tohi olla asendusteenused riiklikult rahastatud tõenduspõhiste vaimse tervise teenustele.** Süsteemi toimimiseks on vajalik, et kõik tasandid töötaksid **multidistsiplinaarse meeskonna osutatava järjepideva integreeritud teenusena** ning oluline on neid **samal ajal ja pidevalt arendada.**

Vaimset tervist toetavaid tegevusi ja teenuseid ei ole Eestis kirjeldatud püramiidi võtmes käsitletud. Samuti ei ole põhjalikult analüüsitud inimeste liikumist erinevate vaimse tervise teenuste vahel ega teenustele ligipääsu takistusi (nt piirkondlik või maksejõulisusest lähtuv

ebavõrdsus, stigmad, inimeste teadlikkus teenustest, valmisolek teenuseid kasutada jms)⁷⁵. Vaimset tervist toetavate teenuste süsteem on jätkuvalt killustunud, selle rahastamine on tugevalt kaldu eriarstiabi poole, ent ka sel tasandil pakutav abi ei ole kaugeltki piisav⁷⁶ ning on piirkondlikult ebavõrdselt kättesaadav. Juurdepääs kvaliteetsetele teenustele on piiratud ning süsteemne kogukonnapõhine vaimse tervise teenuste arendamine on Eestis veel algusjärgus. See on paljuski kasutamata ressurss, mis aitaks vähendada häbimärgistamist, diskrimineerimist ja sotsiaalset tõrjutust, millega vaimse tervise probleemidega inimesed silmitsi seisavad.

Eestis on ressursid (nii raha kui spetsialistide kompetents) suunatud suures osas püramiidi tipus olevatesse ehk kõige kallimatesse teenustesse.^{77, 78} Kuid **ressursse tuleb suunata ka püramiidi teistesse tasemetesse ja eelkõige ennetustegevustesse** (sh nt vanemlusprogrammidesse, koolikiusamise vähendamise tegevustesse). Oluline on, et **ressursside suurenemine toimub paralleelselt, vähendamata teiste tasemete praegust rahastust, sest iga eelnev tasand toetab oma tegevusega järgmist tasandit.**

Teiste riikide (nt Ühendkuningriik, Belgia) kogemused näitavad, et sellise vaimse tervise teenuste korralduse teaduspõhise terviksüsteemi ülesehitamine, nagu joonisel 15, aitab tagada abi järjepidevuse ja tõhususe ning ka kulude kokkuhoiu.

⁷⁵ Bogdanov, Pertel (2012). [Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs](#). Tervise Arengu Instituut

⁷⁶ Veldre, Aaben, Nurm (2017). [Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine. Vaimse tervise valdkonna aruanne](#). Poliitikauuringute keskus PRAXIS

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Mägi et al. (2015). [Laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni alusanalüüs](#). Price Waterhouse Coopers

2.1. Enesetoetamine ja eneseabi

Rahvatervishoiu seisukohalt on oluline, et vaimse tervise käsitlemisel ei piirduks üksnes psüühika- ja käitumishäirete diagnoosimisega. Vajalik on, et inimesed oskaksid iseenda ja oma lähedaste käitumisele (sealhulgas tunnetele ja mõtetele) tähelepanu pöörata, seda analüüsida ja mõista. Tegeleda tuleb ennetavate meetmetega, et vältida ülemäära stressi ning vaimsete probleemide tekkimist ja süvenemist, mis ühtlasi toetaksid nii inimeste endi kui nende lähedaste hakkamasaamist elus.

Enesetoetus (ingl *self-care*) ja eneseabi (ingl *self-help*) kajastub püramiidi alumises osas ning loob vundamenti ilma professionaalse panuseta. Selle all mõistetakse inimese enda, tema perekonna ja kogukonna (sealhulgas töökollektiiv) algatatud tegevusi, mille eesmärk on positiivse vaimse tervise hoidmine (sealhulgas oskuste õpe), probleemide ennetamine ning tervise edendamine, parandamine ja taastamine. Enesetoetusel ja -abil on märkimisväärne tähtsus vaimse tervise teenuste toimimisel ning see on seda mõjusam, kui seda teiste terviseteenustega toetatakse.

Siinne võimaluste spekter on lai, alates sellest, kuidas inimene muudab teadlikult oma tervisekäitumist (nt eneseabivõtted stressi leevendamiseks ja lõõgastumiseks), kuni selleni, millise otsuse ta oma ravi suhtes teeb.⁷⁹ **Esmane**, mida iga inimene saab oma vaimse tervise jaoks kohe teha, **on jälgida oma unegraafikut, toituda tervislikult ja tasakaalustatult ning liikuda piisavalt** ehk pöörata teadlikult tähelepanu oma eluviisi valikutele.

Väga üldiselt võibki öelda, et **enesetoetuse ja -abi tegevusteks võivad olla kõik psühhosotsiaalsed heaolu tugevdavad tegevused, mis ei sea ohtu ega kahjusta inimese enda ega teiste tervist**, on selleks siis lugemine, jalutamine, muusika kuulamine, kultuuri nautimine, oma hobiga tegelemine või mõni muu meeldiv tegevus.

Enesetoetusel ja -abil on oluline roll psühhootiliste haiguste ennetuses. Psühhosile eelnevad tavaliselt mitmed märgid või sümptomid, mis võivad kesta päevi või nädalaid. Need märgid muudavad eelkõige inimese mõtlemist, tundeid või käitumist. Sümptomid sarnanevad psühhootiliste haigustega ning ilmnevad tavaliselt teismeeas või varases täiskasvanueas. Enamik haigestunutest saab hiljem oma eluga hakkama, kuid kolmest noorest ühel on suur risk põdeda oma esimene psühhosiepisood järgmise kolme aasta jooksul peale esimeste sümptomite avaldumist⁸⁰. Oluline on suurendada inimeste teadlikkust varajastest märkidest ning varakult sekkuda.

Enesetoetuse ja -abi valdkonnas esinevad järgmised ohud: ebateadusliku ja kahjustava praktika levimine, petturlus, eksitav turundus ning haavatavate inimeste ärakasutamine. **Seetõttu on usaldusväärse info ning teaduspõhiste enesetoetuse ja -abi oskuste õppe kättesaadavus hädavajalik. Oluline on, et inimesed mõtleksid oma vaimsele tervisele ja pööraksid sellele teadlikult tähelepanu**, sealhulgas omaksid teadmisi ja oskusi selle kohta, kuidas vähendada vaimsele tervisele negatiivselt mõjuvaid riske, oskaksid ära tunda ohte (nt läbipõlemine) ja vaimse tervise probleeme nende tekkimisel ning teaksid millal ja kust abi otsida. Teadlikkus ja oskuste õpe ennetab probleemide teket ja kasvatab heaolu ja võimekust seda hoida. **Enesetoetuse ja -abi teadmiste ja oskuste omandamist saavad toetada sotsiaal- ja tervishoiuasutused, haridusasutused** (sh lasteaiad), **huvikaitseorganisatsioonid, tööandjad ja ka meedia**. Ühiskonnas levivad müüdid ja eelarvamused määravad paljuski inimeste julguse probleemidest rääkida ja abi otsida. Seetõttu on meedia oluline roll häbimärgistamise ja väärarusaamadega võitlemisel ning nende võimendamisel, samuti kultuurilise või ühiskondliku ärevuse tekitamisel.

⁷⁹ Bogdanov, Pertel (2012). [Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs](#). Tervise Arengu Instituut

⁸⁰ Fusar-Poli et al. (2013) [The Psychosis High-Risk State - A Comprehensive State-of-the-Art Review](#)

Töö-, õppe- ja elukeskkond on kohad, kus on võimalik suurendada inimeste vaimse tervise oskusi (sh sotsiaalseid oskuseid) ja teadmisi ning kujundada keskkonda nii, et see toetaks inimeste psühhosotsiaalset heaolu. Seejuures saab töötaja anda töökeskkonnas oma panuse enda ja teiste töötajate vaimse tervise hoidmisse – järgides tööandja kehtestatud töö- ja puhkeaja korraldust ning tööandja antud juhiseid, ohustamata oma tööga enda ja teiste elu ja tervist, märgates ja vajaduse korral reageerides muutustele kolleegide tavapärasel käitumises, mis võivad viidata vaimsele ülekoormusele ning stressi või depressiooni ilmingutele⁸¹. Töö- ja eraelu tasakaal soodustab vaimset heaolu ning tegu ei ole pelgalt inimese isiklikku elu mõjutava aspektiga, vaid see mõjutab ühiskonda laiemalt.

Lähtudes asjaolust, et WHO vaimse tervise teenuste osutamise püramiid toetub vundamendina eneseabile, on vaja tagada, et seda püramiidi astet koheldaks võrdväärselt teistega, pidades silmas rahalisi ressursse, mainekujunduslikke vajadusi, andmebaaside loomist, selgitustööd, oskuste arendamist jms. Eriti seetõttu, et traditsiooniliselt riik eneseabispetsialiste ei koolita, on vaja tagada, et eneseabiteadmised ja -oskused jõuaksid iga inimeseni.

Riigi ülesanne on siin lähtuda printsibist „vaimne tervis igas poliitikas“. See on lähenemisviis elanikkonna vaimse tervise ja heaolu edendamiseks, algatades ja hõlbustades tegevusi terviseiga mitteseotud avaliku poliitika valdkondades.⁸² Oluline on, et vaimset tervist väärtustataks ja peetaks sama tähtsaks kui füüsilist tervist ning et selle jaoks eraldataks finantsvahendeid.

Eesmärk: inimesed väärtustavad vaimset tervist, pöörates sellele teadlikult tähelepanu, oskavad märgata, analüüsida ja mõista nii enda kui oma lähedaste käitumist ning kasutavad teadus- ja tõendus põhiseid meetodeid vaimset tervist toetava keskkonna loomiseks ja oma vaimse tervise toetamiseks.

Muutuste saavutamiseks vajalikud tegevused:

- 1) kujundada inimeste heaolust lähtuv, läbimõeldud ja vaimset tervist toetav töö-, õppe- ja elukeskkond;
- 2) tagada usaldusväärse teabe olemasolu, kättesaadavus ja sihtrühmadeni jõudmine (nt tarkvanem.ee, peaasi.ee, tooelu.ee, teeviit.ee), sealhulgas peaks teave peale eesti keele olemas olema ka vene ja inglise keeles ning arvestama kuulumis-, nägemis- ja intellektipuudega inimeste vajadustega;
- 3) kujundada sotsiaalseid ja emotsionaalseid oskusi valdkondadeülel, et osata seisundit märgata ja seda hinnata ning rakendada vaimse tervise esmaabi võtteid nii enda kui teiste toetamiseks; vajaduse korral valideerida ja osata rakendada uusi programme emotsioonide juhtimiseks ning sotsiaalsete oskuste arendamiseks ja tugevdamiseks;
- 4) rahastada sekkumisi ja innovatiivseid programme, mis lähtuvad teaduspõhisuse printsiipidest. Selleks on vaja muu hulgas luua ühtne andmebaas info leidmiseks ning toetada kohalikke omavalitsusi sekkumiste valikul ja rakendamisel;
- 5) kohandada ja rakendada tõendus põhiseid standardiseeritud enesehindamisvahendeid ja sekkumisi vaimse tervise seisundi hindamiseks, arvestades elukaareülesust ja haavatavate rühmade vajadusi; tagada standardiseeritud hindamisvahendite ja sekkumiste kättesaadavus (sh luua vastav keskkond) ning kasutamine vastava valdkonna spetsialistide hulgas;
- 6) abistada tööandjaid riskide hindamisel, seejuures teha tõhusamat psühhosotsiaalsete ohutegurite järelevalvet ja nõustamist;
- 7) arendada ja täiendada spetsialistide (eelkõige nn eesliinitöötajad ning laste ja noortega töötavad spetsialistid) väljaõpet ja tasemekoolitust sellisel, et see sisaldaks muu hulgas

⁸¹ Haidak, Suder (2019). [Töökeskkonna vaimse tervise analüüs](#). Sotsiaalministeerium

⁸² Rampazzo *et al.* (2017). [Joint Action on Mental Health and Well-being. Mental health in all policies. Situation analysis and recommendations for action](#). European Commission

vaimse tervise esmaabi oskuste õpet; teadvustada selle ameti ohte ja sellega seoses supervisiooni olulisust;

- 8) tagada haridus- ja noorsootööasutustes vajalik ressurss, sealhulgas väljaõpe, et suurendada töötajate võimekust toetada lapsi ja noori enesetoetuse ja -abi teadmiste ja oskuste omandamisel;
- 9) tõhustada koostööd vaimse tervise organisatsioonide ja meediakanalite vahel vaimse tervise teemade vastutustundliku käsitlemise eesmärkidel; rõhutada meedia esmatähtsat rolli vaimse tervise alaste hoiakute kujundamisel nii tava- kui kriisiolukorras.⁸³

⁸³ [Vaimse tervise strateegia 2016–2025](#). Vaimse tervise ja heaolu koalitsioon (VATEK), 2016

2.2. Kogukonna vaimse tervise tugitegevused ja teenused

Reeglina peetakse kogukonnaks mingis piirkonnas elavat või teatud sotsiaalsete suhete võrgustikuga seotud inimrühma. Kogukonnapõhised teenused⁸⁴ vaimse tervise edendamisel ja probleemide ennetamisel on üha olulisemad. Kogukondadel on laias valikus ressursse, mida saab kasutada vaimse tervise edendamiseks ja toetamiseks ning probleemide ennetamiseks ja elukeskkonna arendamiseks. Lisaks on kogukonnateenused inimesele lähedal, mis võimaldab kujundada just sellele piirkonnale omaseid lähenemisviise.

Kogukondade suhtumise vaimsesse tervisesse, selle edendamisse ja probleemide ennetamisse loovad ühiskonna üldised väärtused ja väärtuskonfliktid. Seetõttu on tähtis avaliku suhteruumi teadlik kujundamine ning selle mõju inimeste vaimsele tervisele. Väga suurt mõju avaldavad formaalsed ja mitteformaalsed eestkõnelejad, kes kujundavad suhtumist olukordadesse ja inimestesse ning vaimsesse tervisesse tervikuna. Oluline roll on siin kanda valdkonna eestkosteorganisatsioonidel (vt ptk 2.6), kes jälgivad ühiskonnaliikmete, sealhulgas eri gruppide reaktsioone sotsiaal-majanduslikele protsessidele ning on vaimse tervise väärtuste kujundajad ühiskonnas.

Nii nagu eelmisel tasandil, on ka **kogukonna tasandil oluline roll teaduspõhise teabe pakkumisel**, vähendades seeläbi häbimärgistamist ja diskrimineerimist. Sellest johtuvalt on inimesed teadlikumad, julgemad abi otsima ning ka abi ja toetust pakkuma. Seega **tuleb ressurss suunata teaduspõhiste ja tõhusate tegevuste**, mis annavad positiivseid tulemusi. Selleks on **oluline võimaldada teha mõju- ja katseuringuid ning ideekorjeid uudsete lahenduste leidmiseks**.

Keskkond, kus me elame, võib vaimset tervist oluliselt mõjutada. Tänapäeva füüsilise elukeskkonna üheks mõjutajaks peetakse kliimamuutusi, mis võivad kaasa tuua ekstreemseid ilmastikunähtusi nagu kuumalained, üleujutused, metsatulekahjud jne. Looduskatastroofide tulemusena tekkinud traumasid ja hirmu seostatakse samuti depressiooni ja ärevuse suurenemisega⁸⁵. Lisaks seostatakse ekstreemseid ilmanähtusi agressiivse käitumise ja lähisuhtevägivalla kasvuga⁸⁶. Näiteks võib kokkupuude ekstreemse kuumalainega suurendada alkoholi tarbimist ja psühhoose ning enesetappude arvu. Mõju vaimsele tervisele võib ilmnedada enne ekstreemset sündmust, näiteks hirm kliima- ja keskkonnamuutuse tagajärgede ees ehk kliimaärevus, mis puudutab enim lapsi ja noori täiskasvanuid. Kliimaärevus ei ole kliiniline diagnoos, kuid mõjutab inimeste heaolu. Vajalik on teadlikult tegeleda kliimamuutuste mõju vähendamisega nii loodusele endale kui ka inimeste vaimsele tervisele.

Teadlikult tuleb **tegeleda ka linnaruumi/elukeskkonna** (sealhulgas psühhosotsiaalse) **kujundamisega** ning vajaduse korral pakkuda kohalikele omavalitsustele tuge läbimõeldud tervisliku ja turvalise keskkonna loomisel. Kogukonnad, mis on **tervist toetavad, turvalised ja jätkusuutlikud, toetavad vaimset tervist**. Samuti on füüsilises keskkonnas mitmeid aspekte, mis mõjutavad meie vaimset tervist ja heaolu – rohealade olemasolu, puhas õhk, kõnniteede seisukord, pinkide paiknemine jne. Tähelepanu tuleb pöörata ka näiteks tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeametuste kujundamisele tervist toetavaks. Lisaks psühhosotsiaalsele ja füüsilisele keskkonnale on oluline aspekt ka ligipääsetavus ehk elukaareüleselt tuleb arvestada vanuserühmade ja haavatavate sihtrühmadega (vt lisa) ning tagada kõigile võrdsed

⁸⁴ Kogukonnateenuste all mõistetakse ka teatud programmilisi tegevusi ja poliitilisi meetmeid (nii õiguslikke, füüsilisi kui majanduslikke)

⁸⁵ [Lancet Commission on Health and Climate. Health and climate change: policy responses to protect public health](#). The Lancet. 2015

⁸⁶ [U.S. Global Change Research Program](#) (2016) The impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment

võimalused ühiskonnas osaleda. Poliitikakujundajad, linnaplaneerijad, arhitektid, insenerid, transpordispetsialistid jt mõjutavad ühiskonna vaimset tervist keskkonna kujundamise ja võimaluste pakkumise kaudu.

Kogukonnateenused jagunevad üldjoontes kaheks – teenused (ingl *formal services*) ja vaimse tervise tugitegevused ehk mitteformaalne abi (ingl *informal services*).

Kõige suurem panustaja vaimse tervise teenuse edendamisse kogukondades on kohalik omavalitsus, millel on võimalik panustada elukaarepõhiselt oma piirkonna kogukondades **vaimse tervise probleemide ennetusse nii tugitegevuste kui teenuste tasemel**. Siiski tuleb märkida, et selget piiri vaimse tervise tugitegevuste ja teenuste vahele on üsna keeruline tõmmata, kuna vaimse tervise tugitegevused lähevad enamasti sujuvalt üle formaalseks abiks ning vastupidi.

Kogukonna vaimse tervise tugitegevused

Eestis on **tugitegevustena käsitatud vaimse tervise tegevusi**, millest enim levinud on pere, lähedaste, sõpruskonna ja naabrite tugi, vähem vabatahtlike initsiatiivil sõprusprojekte, patsientide ja teenusekasutajate nõuande- ja koostöögrupe, tervise edendamise ja eestkosteteenuseid⁸⁷ jms.

Üks suuremaid kohaliku omavalitsuse tasandi ressursse on kogukondades tegutsevad **eestvedajad**, n-õ sädeinimesed⁸⁸, kes korraldavad eri vanuserühmadele mõeldud ühistegevusi ja huviringe (nt vanema-beebi laulu- ja tantsuringid, liikumisrühmad, laulukoorid, käsitööringid, mäluhuvikud, külakogukondade ühistegevused jne). Selline vaba aja veetmise võimaluste ja huviringide pakkumine toetab vahetut suhtlust ja ühistunde tekkimist. Lisaks on regulaarne liikumine seotud vaimse heaoluga. Uuringute tulemused näitavad, et väiksema kehalise aktiivsuse kasv omab olulist positiivset mõju vaimsele tervisele⁸⁹. Seetõttu on oluline arendada liikumist soodustavat keskkonda, et pakkuda võimalusi liikumise harrastamiseks⁹⁰.

Üldistatuna võibki öelda, et **tugitegevused ei ole otseselt suunatud vaimsele tervisele, kuid mõjutavad seda kaudselt**. Kõik sellised tegevused soodustavad kogukonnasisest sotsiaalset suhtlemist, aitavad leevendada üksildust ning pakuvad inimestele isetegemisrõõmu ja kuulumistunnet. Väga suure panuse vaimse tervise edendamisse annavad näiteks kogukondades rajatud terviserajad ja kergliiklusteed, mis võimaldavad inimestel turvaliselt liikuda ja tervisesporti harrastada.

Usukogukondades leiavad nii tugitegevuste kui teenustena aset mitmed tegevused, mis toetavad kogukondlikku vaimset tervist (nt diakoonia- ja hingehoiutöö). Eesmärk on toetada ja abistada oma koguduse piirkonda kuuluvaid inimesi tulema toime elukriiside, traumade, üksinduse, tõrjutuse ja abitusega, haiguse ja leinaga.

Kogukonna vaimse tervise teenused

Kogukonnateenusteks loetakse inimese elukohale võimalikult lähedal pakutavaid teenuseid, mille puhul ta ei pea lahkuma oma tavapärasest elukeskkonnast. Siia kuuluvad teenused, mis hõlmavad vaimse tervise kriisiabi, rehabilitatsiooniteenuseid, päevahoolust ja ühiskodude teenuseid, samuti muid toetavaid ning kogukonnal põhinevaid teenuseid teatud sihtrühmadele

⁸⁷ Bogdanov, Pertel (2012). [Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs](#). Tervise Arengu Instituut

⁸⁸ Sädeinimeseks nimetatakse kogukonnas olulist ja ühendavat rolli kandvat eraisikut, kes oma mõtete ja tegudega panustab piirkonna heaolusse ja arengusse.

⁸⁹ Ohrmberger et al (2017). [The relationship between physical and mental health: A mediation analysis](#).

⁹⁰ [Toitumise ja liikumise roheline raamat. Tööversioon 15.11.2016](#). Sotsiaalministeerium

nagu traumaohvrid, lapsed, noorukid, psüühilise erivajadusega inimesed ja eakad⁹¹. Teenustena kuuluvad siia veel professionaalselt juhendatud teaduspõhine ennetav oskuste õpe, eneseabi ja lähedaste tugigrupid, hingehoiuteenus, (veebi)nõustamine (nt kogemusnõustamine⁹², raseduskriisi nõustamine), usaldustelefon jmt.

Seaduse järgi on kohalikul omavalitsusel kohustus korraldada ja osutada teenuseid kõikidele oma tegelikest elanikest abivajajatele vastavalt nende abivajadusele⁹³, mis moodustavad vaimse tervise teenuste püramiidis suure osa teenustest. Eri valdkondade esindajate arvamuse kohaselt on see võimekus ja tase väga ebaühtlane ning seetõttu ei ole inimeste jaoks tingimused ja võimalused üle riigi võrdsed.

Kohalikul tasandil on teenuste ja tegevuste abil võimalik vaimse tervise valdkonna arendamiseks palju ära teha, kuid see nõuab väga tugevat koostööd ja integreeritust. Oluline on toimiva koostöövõrgustiku olemasolu, et edendada vaimset tervist kogukonnas (nt tervisenõukogud) eesmärgiga lahendada esile kerkinud probleeme **kaitsetegurite suurendamisega ja riskide maandamisega**. Näitena on mitmed erialaesindajad välja toonud abivajava lapse ja tema vanemad, kes ei soovi või ei suuda tunnistada lapse abivajadust, keelduvad lapse ravist ja toetavatest teenustest. Sellised juhtumid vajavad sotsiaal- ja lastekaitsetöötajate väga tugevat koostööd eri valdkondade spetsialistidega, et suuta samal ajal tegeleda nii lapse kui vanemate jõustamise ja motiveerimisega.

Arvestades, et inimese vaimse tervise vundament laotakse lapseas ja tähtsaimat rolli selles mängivad turvaline kasvukeskkond (pere) ja lähisuhted, **tuleb tähelepanu pöörata kohaliku omavalitsuse rollile laste õiguste ja heaolu tagamisel**⁹⁴. See eeldab kohalike omavalitsuste teenuste standardimist. Eritähelepanu ja toetust vajavad sellised pered ja teenuseosutajad, kes kasvatavad sünniperest eraldatud lapsi. Samuti on oluline, et teenuseid hakkaksid saama pered, kelle vajadus toetavate teenuste järele on suur, kuid teadlikkus vajadusest ja abivõimalustest on vähene ja/või motivatsioon osaluseks puudub või on vähene. Mitme vanematele mõeldud programmi eestvedajate antud tagasiside kohaselt kasutavad toetavaid teenuseid ja programme need vanemad, kes on juba teadlikumad vanemlikest oskustest ja oma abivajadusest. Seega on oluline luua ettevalmistav motiveerimisprogramm või tegevused, mis aitaks vajalikul sihtrühmal jõuda toetavate teenusteni.

Lisaks teenustele on vaja arendada kohaliku omavalitsuse sotsiaal- ja lastekaitsetöötajate perede toetamisele ja võimestamisele suunatud fookust, peredega töötamise võimekust ja oskusi. Seda toetaks näiteks lastekaitsetöötajate suurem spetsialiseerumine. **Rakendatavad meetmed peavad lähtuma vajadustest, toetama sotsiaalset toimetulekut** (muu hulgas lapse ja teda kasvatavate isikute suhteid) ning **olema kättesaadavad, õigeaegsed, tulemuslikud ja pikaajalise positiivse mõjuga**.

Nii kohalikes omavalitsustes (sh haridusasutustes) kui riigi tasandil on vaja suuremat valmisolekut **toetada erivajadusega inimesi** (vt lisa). Praegu on teenuste kättesaadavus piirkonniti erinev, kohati raskendatud ning nõuab tugevat koostööd eri tasanditega. Oluline on märgata erivajadusega inimesi ning tagada neile vajalikud toetavad teenused võimalikult kodus lähedal ja paindlikult, olenemata erivajadusest või puude raskusastmest. Riik on võtnud suuna toetavate kogukonnapõhiste teenuste eelisarendamisele ning deinstitutionaliseerimise põhimõtete rakendamisele ehk eesmärk on toetavate teenuste osakaalu ja kättesaadavuse ning teenuste kasutajatele nende võimekusele vastava parima võimaliku hoolduse tagamine, samuti juhendamine ja järelevalve ning areng kogukonnas ilma hoolekandeesutusse elama⁹⁵

⁹¹ Bogdanov, Pertel (2012). [Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs](#). Tervise Arengu Instituut

⁹² [Kogemusnõustamisest](#). Kogemusnõustajate Koda

⁹³ [Kohaliku omavalitsuse korraldatavad sotsiaalteenused](#)

⁹⁴ Vt kohaliku omavalitsuse ülesanded lastekaitseaduse §-s 17

⁹⁵ Juuli 2020 seisuga oli teenuse järjekorras 1559 inimest

suunamiseta. Hea näide on SA Viljandi Haigla paikkondlik tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise katseprojekt (PAIK)⁹⁶, mis on mõeldud üle 60-aastastele inimestele, kellel on püsiv tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vajadus ning kes vajavad abi sotsiaal- ja tervishoiuteenuste vahel orienteerumiseks. Eesmärk on pakkuda koostöös eri teenusepakkujatega kokkulepitud kliendirühmadele nende vajadustest lähtuvaid tõhusaid ning integreeritud tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid, mille kohalik kättesaadavus on piisavalt oluline.

Praegu tegutsevad näiteks tervishoiuasutustes (sh vaimse tervise teenuste pakkujad) ja psüühilise erivajadusega inimestele teenuseosutajad teineteisest suhteliselt lahus. Valdonna esindajate sõnul puudub süsteemne ja integreeritud koostöö, sealhulgas infovahetus erihoolekande- ja tervishoiuasutuste vahel. Koostöö puudulikkuse tõttu on muu hulgas probleemne suurendada erihoolekandetasutuses viibivate inimeste haigusteadlikkust. Sõltuvalt olemasolevate tugistruktuuride võimekusest, mis on piirkonniti erinev, tegelevad erihoolekandeteenuse kasutajaga vahetult tegevusjuhendajad, hooldustöötajad, logopeedid, eripedagoogid, psühholoogid, kutsenõustajad, füsioterapeudid, tegevusterapeudid, huvijuhid, arstid, koduõed ja sotsiaaltöötajad. Kriitikana tuuakse välja, et erialaspetsialistid on tegevad kitsalt oma valdkonnas. Puudub terviklik ja ühtne lähenemine psüühilise erivajadusega inimeste vaimse ja füüsilise tervise eest hoolitsemise praktikas, mis annab hea võimaluse arendada koostööd meditsiini- ja sotsiaalvaldkonnas.

Kvaliteetsed erihoolekandeteenused abivajaduse algetapis aitaksid ennetada inimeste vajadust oluliselt kallima tervishoiuteenuse järele ning inimesed saaksid olla toetavate teenuste abil aktiivsed ühiskonnaliikmed. Eesmärk on hoida erihoolekandeteenust vajavaid inimesi aktiivsete ühiskonnaliikmetena nii kaua kui vähegi võimalik. Selleks tuleks muu hulgas suurendada teenust osutavate asutuste töötajate teadlikkust kvaliteetse täiendõppe (deinstitutionaliseerimine, kaasamine, ennetus), tegevuste juhendamise ning sekkumismetoodikaid käsitlevate teemade ja oskusi suurendavate programmide kaudu.

Olukorra parandamiseks tuleb kokku kutsuda töögrupp, et keskenduda erihoolekande- ja tervishoiuteenuse osutajate vahelise infovahetuse korraldamisele. Lisaks, kuna teenuste ja töötajate arendamisega seotud rahastus ei kata ära kulusid, on vaja hindu korrigeerida. See aitaks kaasa teenuse kvaliteedi parandamisele (tõsta tegevusjuhendajate töötasusid ja tuua valdkonda juurde spetsialiste).

Haridus- ja noorsootööstused⁹⁷ on äärmiselt oluline ressurss kogukonnas, kus on võimalik jõuda selliste laste, noorte ja vanemateni, kes ei pruugi sotsiaal- või tervishoiusüsteemiga kokku puutuda. Üldoskuste arendamine, sealhulgas teadlikkus vaimsest tervisest ja selle hoidmisest, toimub erinevates keskkondades. Sekkumisi saavad ellu viia nii õpetajad kui kooli tugipersonal. Oluline roll vaimse tervise probleemide ennetamisel, varajasel märkamisel ja esmasel sekkumisel haridusasutuses on tugipersonalil (nt sotsiaalpedagoog, koolipsühholoog), kelle **teenus peab seaduse kohaselt olema tagatud kõikidele õpilastele**. Kui õpilasel tekib takistusi koolikohustuse täitmisel või mahajäämus õpitulemuste saavutamisel, on koolipsühholoogi ülesanne hinnata õppeprotsessis toimetulekut mõjutavaid tegureid ning muu hulgas nõustada õpilast vaimse tervisega seotud probleemidega toimetulekul. Kui õpetaja ja haridusasutuse tugispetsialistiga koostöös proovitud lahendused ei ole piisavad, võib vanem pöörduda koolivälise nõustamismeeskonna poole, mis tegutseb Rajaleidja keskustes kõikides maakondades. Rajaleidja teeb erapooletud hindamised, soovib lapsele sobiva õppekorralduse, -keskkonna ja -vahendid ning nõustab lapsevanemat ja kooli.

Lasteaiad ja koolid on asutused, kus on võimalik vaimse tervis teenuste osutamise püramiidi alustala moodustavad enesetoetamise ja -abi oskused õpilasteni viia. Haridus- ja

⁹⁶ Paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise pilootprojekt. SA Viljandi Haigla, 2018.

⁹⁷ Noorsootöö seadus. Riigi teataja, 2020

noorsootöoasutustel on oluline roll laste ja noorte informeerimisel, esmatasandi nõustamisel ja tugitegevuste pakkumisel. Lisaks jõuavad noorsootöoasutused noorteni, kes ei õpi ega tööta. Üldhariduses tuleb aine- ja erialateadmiste omandamise kõrval rohkem rõhku panna õpilaste üldoskustele, sealhulgas enesemääratlus- ja suhtluspädevuse arendamisele, mis toetab õpilaste vaimset tervist. **Oluline on tagada nii laiapõhjaliste kui ka kitsama fookusega sekkumiste** (nt tervislike eluviiside, sh toitumise, liikumise käsitlemine; erinevate sõltuvuste tekkimise, sh tagasilanguse ennetamine jne) ning **sotsiaalseid ja emotsionaalseid oskusi õpetavate ja arendavate tulemuslike programmide rakendamine**. Selle tulemusel omandavad noored **vaimse tervise esmaabi teadmised ja oskused ning selline positiivse vaimse tervise hoidmine oleks üks nende igapäevategevusi ja põhioskusi**. Sekkumised peavad olema lasteaia ja kooli ülesed ning hõlmama erinevaid kooliastmeid. Praegu koolis kasutatavatest programmidest⁹⁸ vähesed (nt Vaikuseminutid⁹⁹) on suunatud kolmandale ja vanemale kooliastmele. **Tagamaks sekkumiste jätkusuutlikkus nii rakenduslikult kui finantsiliselt, on oluline integreerida emotsionaalsete ja sotsiaalsete oskuste arendamine õppekavadesse.**

Muu hulgas on siinkohal **keskse tähtsusega nii haridustöötajate supervisioon kui ka vaimse tervise toetamise oskused, et hoida oma positiivset vaimset tervist, vältida läbipõlemist** ning suuta toetada ja arendada õpilaste vaimse tervise hoidmiseks ja probleemide ennetamiseks vajalikke oskusi. Selleks, et haridusasutuste töötajad oskaksid enda vaimset tervist hoida ja läbipõlemist ennetada, on **vaja luua vaimse tervise hoidmise kultuur ja traditsioonid ning võimalused osaleda supervisioonides ja kovisioonides.**

Kuigi on loodud **kiusamisvaba haridustee kontseptsioon**¹⁰⁰, **oleks vajalik laiema visiooni olemasolu ning teha analüüs**, mis tooks välja kuidas arendada turvalist ja toetavat koolikeskkonda, samuti sotsiaalsete ja emotsionaalsete oskuste programmide rakendamist ja arendamist, et need oleksid tulemuslikud, eri kooliastmeid ja riskirühmi haaravad ning finantsiliselt jätkusuutlikud. Kuna osa riskirühmadest jääb kooli mõjuväljast välja, tuleb panustada ka sekkumistesse, mis pakuvad paindlikke võimalusi reageerida noorte vajadustele väljaspool haridusasutusi.

Lisaks kohaliku omavalitsuse sotsiaal-, lastekaitse-, haridus- ja noorsootöötajale ja tervisedendajale on oluline ressurss kogukonnas noorsoo- ja piirkonnapolitseinikud. Nemad on nii esmased märkajad ja sekkujad kui ka kogukonnas ennetustöö tegijad. Piirkonnapolitseiniku ülesanne¹⁰¹ on lisaks kogukonna turvalisust häirivate probleemide väljaselgitamisele ja lahendamisele ka näiteks avalikus kohas käitumishäirete üle järelevalve tegemine ning süütegude toimepanemise ennetamine ja tõkestamine.

Noorsoopolitseinike töö on korraldatud eelkõige koolide põhiselt ja nende poole võib pöörduda iga inimene, kellel on lastega seotud mure või probleem.¹⁰² Noorsoopolitseinike peamised ülesanded on: vähendada noorte ja laste ohtu sattumise riski varajase märkamise ja reageerimise abil ning info edastamisena pädevatele asutustele kiireks reageerimiseks; ennetada, tõkestada, avastada ja menetleda laste süütegusid. Laste ohtu sattumise riski vähendamiseks korraldavad noorsoopolitseinikud universaalseid ennetustegevusi (nt loengud, koolitused jne), kuid Politsei- ja Piirivalveameti ennetuskontseptsiooni¹⁰³ kohaselt tuleb ennetusega tegeleda senisest enam just valikulisel ja näidustatud tasandil.

⁹⁸ [Kiusamisvaba haridustee kontseptsioon](#). Haridus- ja Teadusministeerium, 2017

⁹⁹ <http://vaikuseminutid.ee/>

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ [Piirkonnapolitseinikud](#)

¹⁰² [Noorsoopolitseinikud](#)

¹⁰³ [Ennetustöö kontseptsioon](#). Politsei- ja Piirivalveamet, 2018

Uuringute^{104, 105} järgi on paljudel noortel õigusrikkujatel vaimse tervise probleemid ja seetõttu on oluline tagada neile vajalikud abi- ja toetusvõimalused. Süütegudega ning korduvate õigusrikkujatega tegeledes on nii piirkonnapolitseinikul kui noorsoopolitseinikul oluline roll noore suunamisel õigele teele sotsiaalprogrammide kaudu (nt SPIN¹⁰⁶, STEP¹⁰⁷, SÜTIK¹⁰⁸, VALIK¹⁰⁹). Samasugust rolli omavad ka prokurör, kohtunik ja kriminaalhooldaja, kes saavad programmidesse või teenust saada suunamise integreerida menetluse lõpetamise lahendisse, karistusotsusesse või kriminaalhoolduses juhtumiplaani.

Vaimse tervise probleemidega inimestega (sh eraldi lastega) suhtlemise, kohtlemise jms puhul vajavad õiguskaitseasutuste töötajad (nt politseinikud, prokurörid) eraldi koolitusi, et osata asjatundlikult suhelda, suunata abi saama ja kasutada õigeid sekkumisi ennetamiseks taasohvristamist, abivajaduse õigeaegset märkamata jätmist ning aidates parimal moel kaasa uute õigusrikkumiste ennetamisele, et vältida kahjude suurenemist.

Täiskasvanute vaimse tervise edenduse vaatenurgast on oluline ressurss tööandjad. Tööandjatel on olemas võimalused rakendada programme ja sekkumisi, et hoida ja toetada oma töötajate vaimset heaolu. Muu hulgas on oluline hoida tööandja ja töötaja vahelist positiivset ja turvalist töösuhet. Suurematel organisatsioonidel on rohkem võimalusi töötajate vaimse tervise toetamiseks. Vähemalt 50 töötajaga tööandja puhul pakutakse vaimse tervise seotud koolitusi või teenuseid 88% organisatsioonides ja kuni 49 töötajaga tööandja puhul vaid 57% organisatsioonides¹¹⁰. Probleemkohaks on aga töökeskkonnad, kus ei peeta vaimse tervise probleeme oluliseks ning nende mõju alahinnatakse, mistõttu on töökeskkonnas esinevad vaimse tervise riskid hindamata ja meetmed riskide maandamiseks rakendamata. Töötajate vaatenurgast on oluline, et tööandja loob toetussüsteemid nii läbipõlemise ennetamise kui ka vaimse tervise säilitamise eesmärgil neile töötajatele (nt hoolekande- ja tervishoiuasutustes), kellel on töö iseloomust tingitud stressifoon keskmisest kõrgem ning kes seisavad oma töös silmitsi paljude probleemidega ja peavad oma töö iseloomust tingituna juhtumitele kiiresti reageerima. 2019. aastal tehtud töötervishoiu ja tööohutuse seaduse muudatuse tulemusel laiendati psühhosotsiaalsete ohutegurite mõistet¹¹¹ ning toodi seadusesse lisaks psühholoogilistele aspektidele ka sotsiaalsed aspektid, mida tuleb töökeskkonnas hinnata ja millest tulenevaid riske tuleb maandada. Eesti ettevõtetest kasutab töötervishoiuteenusena tööpühholoogi teenust 5–11%, samas kui Euroopa riikide koondnäitaja on 15–74%.¹¹² Lisaks tööandjate üldise teadlikkuse parandamisele vaimse tervise olulisusest peab riik toetama hea praktika jagamist ja toimivate sekkumiste rakendamist. Näiteks on huvirühmad teinud ettepaneku laiendada tööandjate erisoodustusmaksu vabastust töötajate vaimsesse tervisesse panustamisel (tõendatavate teaduspõhiste sekkumiste kaudu). Praegu ei maksustata erisoodustusena töötajale tööandja poolt võimaldatud kliinilise psühholoogi teenust 100 euro ulatuses töötaja kohta kvartalis tingimusel, et tööandja võimaldab seda teenust kõikidele töötajatele¹¹³.

Töökeskkonnas saab tööandja toetada töötajate üldist vaimset tervist ka tervisedenduslike tegevustega, näiteks ühisüritused, teemapäevad, lõõgastumiseks ja liikumiseks-sportimiseks sobiva keskkonna ja aja pakkumine, psühholoogi/nõustaja

¹⁰⁴ Aaben et al (2018). [Tõsiste käitumisprobleemidega lastele suunatud teenuste analüüs](#). Uuringu aruanne.

Poliitikauuringute keskus PRAXIS

¹⁰⁵ Markina, Žarkovski (2014). [Laste hälbiv käitumine Eestis](#). Justiitsministeerium

¹⁰⁶ [SPIN-programm](#)

¹⁰⁷ [STEP-programm](#)

¹⁰⁸ [SÜTIK-programm](#)

¹⁰⁹ [VALIK-programm](#)

¹¹⁰ Trummal, Luuk (2019). [Töökoha tervisedenduse uuring](#). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

¹¹¹ [Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse § 9¹ lõige 1](#)

¹¹² Veldre, Masso, Osila (2015). [Vaimse tervise häirega inimesed tööturul](#). PRAXIS

¹¹³ [Tulumaksuseadus](#). Riigi Teataja, 2000.

teenuse¹¹⁴, professionaalse supervisiooniteenuse võimaldamine jpm. Vaimset tervist tuleb väärtustada sama palju kui füüsilist. Tähtis on mõista nii üksikisiku kui tööandja tasandil, et vaimse tervise hoidmisel ei ole tegu mitte lisakuluga, vaid abistava meetmega tootlikkuse ja tulemuslikkuse suurendamiseks. Oluline on seejuures vajaduste ja vastutuse teadvustamine, tööandjate ja töötajate teadlikkuse suurendamine (kaitse- ja ohuteguritest jm), koolitamine, info kättesaadavus, kaasamine otsuste tegemisel ja toetamine, samuti professionaalse supervisiooni kättesaadavuse tagamine. Soovitud tulemuste saavutamiseks peab tegevus olema tööandja poolt planeeritud, järjepidev ja mõõdetav. Näiteks saavad töökohad välja töötada oma organisatsiooni töötajate vajadustele vastava vaimse tervise toetamise strateegia. Huvirühmad on välja toonud, et eelkõige peaksid riigiasutused selles osas olema teerajajad ning avalik eeskuju.

Oluline on, et kohalik omavalitsus leiab võimalused toetada erinevate tegevuste ja teenuste kaudu neid inimesi, kes ei puutu kokku haridus- ja noorsootööasutustega või ei käi tööl (nt eakad). Võimalused ja ligipääs peavad olema tagatud kõigile (vt lisa).

Kohalikul omavalitsusel on palju ülesandeid ja samas ka kogukonnapoolsed suured ootused vaimse tervise edenduse ja teenuste pakkumisel, mis nõuavad rahalisi vahendeid. **Omavalitsuste võimekus ja ka tahe pakkuda kogukonnateenuseid on erinev** ning mitme teenuse (nt psühholoog-nõustaja) kättesaadavus sõltub kohaliku omavalitsuse võimekusest teenuse eest tasuda, mis **tekitab ebavõrdsust**. Ressursside leidmine kogukonnateenuste osutamiseks ei saa olla ainult omavalitsuse kohustus, vaid vajab riigipoolset tuge. Lisaks peavad kogukonna tasandi tegevused **olema sektoriteüleised ja lahendustele suunatud ning toimima koostöös**. Riigil on vaja (lisaks loodavale valdkondadeülese ennetuse kontseptsioonile) **välja töötada kogukonnateenuste juhiseid** (sh psühhosotsiaalse kriisiabi plaan), **mis aitaks läbimõeldult korraldada vaimset tervist toetavaid teenuseid ning tagada finantsmeetmed** edendus- ja ennetustegevuste elluviimiseks.

Praegu on **kohalikel omavalitsustel keeruline leida ennetustegevusteks sobivaid sekkumisi** ning tegevused on rahastatud pigem projektipõhiselt. **Info programmide kohta on killustatud ja ebaselge, puudub konkreetne asutus, kes tõenduspõhist ennetustegevust koordineeriks, infot koondaks ja kohalikke omavalitsusi nõustaks**. Kuna ennetustegevused puudutavad eri valdkondi, on tulemuslikuks ennetuseks kogukonnas **vaja ühtset visiooni** ning selle tühimiku täidab tulevikus Siseministeeriumi koostatav valdkondadeülene ennetuse kontseptsioon¹¹⁵, mille keskmes on lapsed ja noored, kuid ennetustegevused toetavad kogu elanikkonna arengut. Samuti toetab ennetusvaldkonna arengut rahvastiku tervise arengukava 2020–2030¹¹⁶, mille visioon on, et Eesti elanikud on terved kogu elukaare jooksul ning nende tervis ja heaolu on hoitud ja toetatud elukeskkonna ja tervisesüsteemi kujundamise kaudu avaliku, kolmanda ja erasektori koostöös.

Arvestades Eesti kohalike omavalitsuste ja rahvastiku väiksust ning spetsialistide vähesust, **ei ole majanduslikult otstarbekas spetsiifilisi teenuseid, mis nõuavad kvalifitseeritud personali, arendada kohalikul omavalitsusel üksinda**. Tuleb teha vastavat koostööd nii teiste omavalitsustega kui ka riigiga, näiteks ohvriabiteenused, lastemajad, teenused ja keskused sõltuvusprobleemidega inimestele¹¹⁷, sekkumised kompleksprobleemidega lastele, sealhulgas sotsiaalne rehabilitatsioon, ravikodud, kriisiabikeskused, raske psüühikahäirega inimeste erihoolekanne, nõustamised, koolitused jne. **Praegu puudub terviklik ülevaade ja teadmine, milliseid teenuseid ja lahendusi oleks otstarbekas arendada**, millised on nende tugevad ja nõrgad küljed ning millised teenused millistele riskirühmadele sobivad. **Vajalik on**

¹¹⁴ Haidak, Suder (2019). [Töökeskkonna vaimse tervise analüüs](#). Sotsiaalministeerium

¹¹⁵ [Eesti valdkondadeülene ennetuse kontseptsioon](#). Tööversioon. Siseministeerium, 2018

¹¹⁶ [Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030](#). Tööversioon. Sotsiaalministeerium, 2019

¹¹⁷ [Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat 2014–2018. Lõpphindamise raport](#)

analüüsida teenuste eripärasid, jagunemist ja tulemuslikkust, et vältida üleliigseid kulutusi ja teenuste kattumist.

Kogukonnateenuste arendamisel on **oluline välja töötada lähenemisviisid ja teenused koos sihtrühmaga**. Näiteks **noortele** vanuses **16–26**. See on vanuserühm, kellele enam ei sobi lastele suunatud teenused, kuid ka täiskasvanutele mõeldud teenused ei pruugi neile veel kohased olla. Samuti vajab tähelepanu **eakatele pakutavate ennetustegevuste ja teenuste disainimine**. Seega **tuleb uute teenuste vajadusi välja selgitades nimetatud sihtrühmi eraldi meeles pidada ning kujundada vastavad teenused** (nt jätkutugi kompleksprobleemidega lastele ja noortele, tugi- ja teraapiagrupid, toetatud elamine, suhtekoolitused noortele vms) **ealisi iseärasusi arvestades ja kasutaja mugavust silmas pidades**.

Lisaks on oluline, et riigi poolt oleks rahastatud **nõustamistelefonide toimimine** (nt lasteabitelefoni 116 111, ohvriabi kriisitelefoni 116 006, kadunud laste telefoni 116 000), mis tagavad esmase sotsiaalse ja psühholoogilise info ja nõustamise. Nõustamistelefonidel on oluline roll vaimse tervise murega inimese, tema lähedaste ja spetsialistide toetamisel ning teabe pakkumisel. See teenus on kättesaadavam, juurdepääsetavam ja kulutõhusam kui kontaktnõustamine. Samuti on abitelefoni roll vaimse tervise probleemiga inimeste raviprotsesside toetamisel ja tagasilanguste vältimisel. Psühholoogilise abi ja nõustamise liin vähendab nõudlust ja järjekordi psühholoogilise abi saamisel. Võimalus rääkida spetsialistiga konfidentsiaalselt, turvaliselt ja hinnangutevabalt vähendab vaimse tervise probleemidega inimeste häbimärgistamist ja diskrimineerimist. Nõustamistelefonide olemasolu tähtsus kasvas eriti koroonaviiruse levikuga seotud piirangute kehtestamise ajal ja selle järel, kui inimesed olid psühholoogiliselt haavatavamad ning pöördumiste arv kasvas järsult.

Eestis on mitu nõustamistelefoni, millel puudub lühinumber ja mis töötavad teatud ajavahemikul ööpäevas ning ei pruugi seetõttu olla lihtsalt leitavad ja kättesaadavad. **Lähemat analüüsi vajavad vaimse tervise nõustamistelefoni teenuse** teemavaldkonnad (nt kas oleks vaja eraldi suitsidiennetuse või sõltuvusprobleemide nõustamistelefoni), kasutussagedus, takistused, kvaliteet jne. Vaimse tervise valdkonna esindajad on aruteludes välja toonud vajaduse ühtse riiklikult tagatud vaimse tervise nõustamistelefoni järele, millelt vajaduse korral suunatakse spetsiifilisematele nõustamisliinidele.

Elanikkonnas kasvav vajadus vaimse tervise teenuste järele esitab väljakutse tervishoiusüsteemile. **Oluline on leida uusi lähenemisviise, mis on jätkusuutlikud**, näiteks **erinevate digilahenduste arendamine** – veebinõustamine, e-eneeseabi, e-psühhoteraapia jne. Veebinõustamine ja -teraapia on üks viis muuta esmane psühholoogiline nõustamine kättesaadavamaks. Lisaks on suur potentsiaal mobiilplatvormil põhinevatel vaimse tervise digilahendustel¹¹⁸. Selleks, et veebinõustamisel oleks kvaliteet tagatud, on vaja luua vastavad kvaliteedistandardid ning hinnata neist lähtuvalt nii olemasolevaid kui loodavaid telenõustamise tehnilisi lahendusi. Eesti Seksuaaltervise Liit koostöös partneritega on loonud noorte tervisealase internetinõustamise kvaliteedistandardid ning Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudi eestvedamisel on koostatud nõustamise alused veebipõhisele nõustajale, mis annavad hea aluse nii internetinõustamise kvaliteedistandardite kui edaspidi vastava kutsestandardi väljatöötamiseks.

E-nõustamine on saanud uue tähenduse pärast COVID-19 haiguspuhangut üle maailma. Mitmed koolitused, nõustamised ja toetavaid teenuseid pakkuvad organisatsioonid korraldasid oma töö ümber veebi- ja telefonipõhiseks. Teenusele ligipääsetavuse puhul on oluline, et neile klientidele, kellel ei ole võimalik kasutada teenuse saamiseks vajalikke isiklikke tehnilisi vahendeid või tagada privaatsust, oleks kohalikul tasandil loodud kõigile vajadustele ja tingimustele vastav võimalus veebinõustamise teenuse saamiseks. E-teenuste arendamisel

¹¹⁸ Uhlhaas (2019). [Digital tools for youth mental health](#). Digital Medicine

on oluline uurida nende tulemuslikkust, ulatust, kvaliteeti ja haavatavamate sihtrühmade kaasatust (vt lisa).

Hädaolukordades ja kriisides on vaja pakkuda psühhosotsiaalse ja vaimse tervise tuge kriisist mõjutatud inimestele. **Psühhosotsiaalne kriisiabi tähendab** positiivse muutuse tekitamiseks praktilist, inimlikku, toetavat ja proaktiivset abi, mis keskendub psühholoogilisele (mõtted, emotsioonid, käitumine) ja laiemale sotsiaalsele (suhted, perekondlik ja kogukondlik võrgustik, sotsiaalsed väärtused) toetusele. 2018. aastal alustas Sotsiaalministeerium Sotsiaalkindlustusameti juurde psühhosotsiaalse kriisiabi loomist. Teenust arendab ja pakub Sotsiaalkindlustusameti ohvriabi osakond, mis on kontaktpunktiks psühhosotsiaalse kriisiabi korraldamisel hädaolukordades.

COVID-19 puhanguga kaasnenud eriolukorras sõnastas Sotsiaalkindlustusamet **psühhosotsiaalse kriisiabi viis eesmärki**: elanikkonna käitumine on ratsionaalne, ennast hoidev ning lähedastest ja kogukonnast hooliv; inimesed saavad ja kasutavad pakutavat abi; abistajad kasutavad toetavaid meetmeid ja säilitavad töövõime; riskigruppidele on tagatud mitmekülgne ja ennetav ning koostööl põhinev lähenemine; vabatahtlikud abistajad on asutuste ja spetsialistide kaudu kaasatud laialdaselt ning süsteemselt.

Viirusepuhang näitas, et kriis on kompleksne ja paljusid eluvaldkondi hõlmav olukord, mis peab lähtuma terviklikkuse põhimõttest. Riigi ja kohaliku omavalitsuse asutused on kriisiolukorrale reageerides teinud hulgaliselt vajalikke tegevusi, kuid piisava tähelepanuta on jäetud tegevuste keskne koordineerimine. Puudub regulatsioon psühhosotsiaalse kriisiabi korraldamiseks ning võib öelda, et seetõttu on psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi korraldamine killustatud. Vajalik on keskenduda psühhosotsiaalse kriisiabi ja vaimse tervise abi koordinatsiooni tugevdamisele ning jõuda üksikolukordadele reageerimisest (*react*) süsteemse vastuseni (*response*), et vastata olukorrast tulenevatele vajadustele¹¹⁹. Sotsiaalministeeriumi ja Sotsiaalkindlustusameti eestvedamisel **tuleb sõnastada valdkondadeülesed psühhosotsiaalse kriisiabi ja vaimse tervise abi prioriteedid** kriisiolukordadeks ning koondada tegevused tervikuks. Lisaks on vaja kogunenud oskusteave koondada ning planeerida, kuidas tulevikus olla sellisteks olukordadeks paremini valmis ja neid ennetada.

Kogukonnapõhiste vaimse tervise teenuste ja sekkumiste arendamiseks on olemas teadmised ja oskused, kuid sujuvaks toimimiseks vajab kogu tasand süsteemset lähenemist ning korrastatust.

Eesmärk: luua jätkusuutlik kogukonnapõhine vaimse tervise tugitegevuste ja -teenuste tasand, mis toetab inimeste vaimset tervist süsteemse ennetuse kaudu, aitab kaasa nende ravile ja taastumisele.

Muutuste saavutamiseks vajalikud tegevused:

riiklikul tasemel:

- 1) parandada osapoolte, sealhulgas tööandjate, töötajate ja kohaliku omavalitsuse teadmisi tõenduspõhisest ennetusest, luua juhised tegevuste elluviimiseks ning toetada nende rakendamist kohalikul tasandil, et saavutada ühtne mõistmine ja samade põhimõtete järgimine nii oma valdkonnas kui koostöötegevustes teiste valdkondadega;
- 2) koostada kogukonna tugitegevuste ja -teenuste arendamise juhised koos hea praktika näidetega, mis aitaks raamistada kogukonnategevuste ja -teenuste rolli vaimse tervise probleemide käsitlemiseks väljaspool tervishoiuteenuseid;
- 3) tagada haridus- ja noorsootööasutustele vajalik ressurss, sealhulgas väljaõpe, et suurendada suutlikkust laste ja noorte oskuste arendamisel, toetava ja turvalise keskkonna

¹¹⁹ Akkermann *et al.* (2020). Kroonviiruse kriisi psühhosotsiaalsed mõjud ja sekkumisvalikud. Ekspertarvamus.

- kujundamisel, esmatasandi nõustamisel ja tugitegevuste pakkumisel. Täiendavalt tagada noorsootööasutustes vaimset tervist toetava noorteinfo jagamine;
- 4) tagada sotsiaalvaldkonnas vajalikud ressursid, sealhulgas töötajate tõhus väljaõpe, et parandada haavatavate rühmadega (vt lisa) tegelevate spetsialistide teadlikkust ja oskusi, suurendada nende suutlikkust nõustamisel ja tugitegevuste pakkumisel;
 - 5) luua teaduspõhiste ja tõhusate sekkumiste ja programmide andmebaas, mis võimaldab asjassepuutuvatel organisatsioonidel või kohaliku omavalitsuse esindajatel leida enda piirkonnale sobivad tõenduspõhised sekkumised. Muu hulgas on oluline kokku leppida püsivad koostöövormid ja selged vastutajad nii kohalikul kui riiklikul tasandil ennetustegevuste kavandamiseks ja elluviimiseks ning tulemuste mõõtmiseks;
 - 6) analüüsida olemasolevaid (sh kinnipidamisasutuste) programme ja vajaduse korral tuua Eestisse riskirühmapõhiseid sekkumisi (nii valikulisel kui näidustatud tasandil), mis pakuvad spetsialistidele tuge ja meetodeid süsteemseks abipakkumiseks (nt stressikaardistaja). Eelnevalt teha analüüs täpsemate vajaduste väljaselgitamiseks;
 - 7) toetada olemasolevate tõenduspõhiste sekkumiste (nt programm „Imelised aastad“, KIVA, VEPA, Vaikuseminutid jt¹²⁰) kättesaadavuse laiendamist koostöös kohalike omavalitsustega;
 - 8) kohandada ja rakendada tõenduspõhiseid standardiseeritud hindamisvahendeid ja sekkumisi vaimse tervise seisundi hindamiseks, arvestades elukaareülesust ja haavatavate rühmade vajadusi. Lisaks tagada standardiseeritud hindamisvahendite ja sekkumiste kättesaadavus (sh luua vastav keskkond) ning kasutamine vastava valdkonna spetsialistide hulgas;
 - 9) analüüsida haavatavate rühmade (vt lisa) spetsiifiliste teenuste vajadust ning vajaduse korral koostöös kohaliku omavalitsusega teenused välja arendada ja neid rakendada;
 - 10) kutsuda kokku töögrupp erihoolekande- ja tervishoiuteenuste osutajate vahelise infovahetuse korraldamiseks ja teenuste hinna korrigeerimise arutelu algatamiseks;
 - 11) töötada välja hingehoiuteenuse kontseptsioon ja selle eri tasanditel rakendamise mudel;
 - 12) töötada välja miljööteraapilised sekkumised kompleksprobleemidega ja traumakogemusega lastele (nt ravikodu), sealhulgas arendada laiemalt sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust;
 - 13) leida vahendid koostöös kohalike omavalitsustega lastega perede toetamiseks ja teenuste osutamiseks, lähtudes integreeritud teenuste kontseptsioonist¹²¹ ja lastekaitseeadusest;
 - 14) koostöös eri osapooltega arendada kohalike omavalitsuste võimekust kogukondi traumeerivatele sündmustele reageerida, sealhulgas saada teadmisi ja oskusi abi andmise protsessi käivitamiseks ja vajalike partnerite kaasamiseks;
 - 15) koostöös eri osapooltega suurendada kogukonnaspetsialistide, sealhulgas esmareageerijate¹²² (sotsiaaltöötajad, lastekaitsetöötajad, piirkonnapolitsei, vabatahtlikud päästjad jne) ja spetsiifiliste teenuste (asendus- ja järelhooldus, turvakodu) osutajate psühhosotsiaalse kriisiabi ja traumateadlikkust, et tagada piirkonnas esmase kriisiabi ja toetavate teenuste pakkumine koostöös piirkondliku ohvriabi süsteemiga;
 - 16) lähtudes COVID-19 põhjustatud kriisi kogemustest kaardistada ja analüüsida kriisisekkumisi ja -tegevusi ning esitada poliitikakujundajatele ettepanekud, kuidas uute kriiside tekkimisel ühiskonnas psühhosotsiaalset kriisiabi pakkuda ja elanike vaimset tervist toetada;
 - 17) psühhosotsiaalse kriisiabi ja vaimse tervise teenuste korraldamisel võtta arvesse eksperdiarvamuses „Kroonviiruse kriisi psühhosotsiaalsed mõjud ja sekkumisvalikud“ tehtud soovitusi;
 - 18) luua toetusmeetmed kogukonnateenuste arendamiseks;

¹²⁰ Näidetena on toodud mõned Eestis kasutusel olevad sekkumised, mis on leitavad tõenduspõhiste sekkumiste registri Blueprints andmebaasist või mille mõju on leidnud tõendust rahvusvahelistele standarditele vastavate uuringutega.

¹²¹ [Integreeritud teenused laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi. Kontseptsioon.](#) Sotsiaalministeerium, 2015

¹²² Spetsialistid, kes on esimesena kohal ja abiks avariide, õnnetuste või teiste hädaabi olukordade puhul

kohaliku omavalitsuse tasemel:

- 19) kujundada füüsilist ja psühhosotsiaalset keskkonda, et see toetaks inimeste tervist, turvalisust ja heaolu;
- 20) arendada piirkondliku võrgustiku koostööd haridus-, hoolekande-, lastekaitse-, õigus- ja tervishoiuvaldkonna, usuliste koguduste ja teenusekasutajate huvikaitseorganisatsioonide vahel ennetuse planeerimiseks ja elluviimiseks, probleemide varajaseks märkamiseks ning inimestele parema vajaduspõhise abi kättesaadavaks tegemiseks;
- 21) suurendada kogukonnaliikmete oskusi planeerida ja ellu viia tulemuslikke ennetustegevusi, märgata ja ära tunda esmaseid abivajaduse märke ning suunata abivajaja vajalike tugitegevuste ja teenusteni, samuti oskust enda ja teiste vaimset tervist edendada ja hoida ning probleemide korral õigel ajal reageerida (nt töökohtade, perekeskuste jt kaudu);
- 22) kohalikel omavalitsustel selgitada välja oma piirkonna suurimad probleemkohad (tervise- ja heoluprofiilid) vaimse tervise edenduses ja abivõimaluste pakkumises ning vastavalt prioriteetsusele ja ressurssidele ennetada ja lahendada probleeme, võttes arvesse elukaareülesust ja haavatavaid rühmi;
- 23) tagada haridusasutustes positiivse vaimse tervise edendus ja ennetus, varajane märkamine, õigeaegne sekkumine ja järeltugi kvalifitseeritud töötajate (sh haridustugispetsialistid) ja tõenduspõhise oskusteabe ja tugisüsteemi olemasolu näol;
- 24) tagada projektipõhiselt alanud ja tulemuslike tõenduspõhiste sekkumiste jätkusuutlikkus pärast projekti rahastuse lõppemist.

2.3. Vaimse tervise abi korraldus esmatasandi tervishoius

Kindlustamaks kogu elanikkonnale kvaliteetsemate tervishoiuteenuste kättesaadavus, on võetud suund esmatasandi tervishoiu osatähtsuse kasvule, et tagada inimestele esmavajalikud teenused võimalikult elukohale lähedal nii demograafilisi trende kui jätkusuutlikku ressursikasutust arvestades.¹²³ Esmatasandi tervishoiu teenuste oluline osa on tervise edendamine, haiguste ennetamine, abi koordineerimine ja teenuste seostamine.¹²⁴

Esmatasandi teenused on ligipääsetavad ja kulutõhusamad¹²⁵ kui enamik vaimse tervise spetsialistide pakutavaid teenuseid. Kuna tegu on üldiste tervishoiuteenustega, on häbimärgistamist pelgavatel inimestel neid kergem kasutada kui teisi spetsialiseeritud vaimse tervise teenuseid¹²⁶. Samuti on uuringud näidanud, et tugeva esmatasandiga tervishoiusüsteem on **efektiivsem ja parema tervisetulemiga**^{127, 128} kui eriarstiabi fookusega süsteem. Esmatasandi tervishoiuga riikides on nii otsesed kui kaudsed kulud patsiendi kohta madalamad ja samas on elanikkonnal parem tervis¹²⁹.

Haigestumise korral on **inimese esimene kontakt esmatasandi tervisekeskus või perearstipraksis**, kus perearst koos pereõe ja toetava meeskonnaga osutab üldarstiabi, annab nõu ennetavate tegevuste ja ravi suhtes. Perearsti meeskonna näol on tegemist pädevate spetsialistidega, kes suudavad inimest aidata suurema osa tervisemurede korral, sealhulgas võib perearst olla vaimse tervise probleemide ja riskide esmamärkaja, diagnoosija, kergemate psüühikahäirete raviarst, krooniliste haigusseisunditega patsientide ravi jälgija ja ravitulemuste säilitamise toetaja. Erialakirjanduses on välja toodud tervishoiutöötajate rolli olulisust märgata oma patsientide suhtes toimepandavat erinevat liiki vägivalda. Samuti tuuakse välja, et inimesed on valmis rääkima nende suhtes toimepandud vägivallast parema meelega tervishoiutöötajaga kui kellegi teisega¹³⁰. Ennetuse puhul on oluline toimiv võrgustikutöö teiste osapooltega (sh haridus- ja sotsiaalsektoriga). Näiteks on tervishoiutöötajatel oluline roll laste vastu suunatud vägivalda märkamisel, eriti väikelapseas, kui lapsed ei osale veel haridussüsteemis ja tervisekontrollid on regulaarsed. Tervishoiutöötajatel on võimalus ja ka erialane oskus märgata vägivalda kehalisi märke (sinikad, armid, marrastused), aga ka võimalikku hooletusse jätmist (hügieen, tervisekontrollile ilmumata jätmine) ning kahtlasi märke lapse ja vanema käitumises (nt lapse hirm vm reaktsioonid, vanema osavõtmatuse).

Pereõe tegevusvaldkonda kuuluvad inimeste tervise, sealhulgas vaimse tervise edendamine, mis muu hulgas hõlmab tervise riskitegurite hindamist, tervisekasvatust, nõustamist, terviseseisundi jälgimist jpm. Sõltuvalt perearstipraksise töökorraldusest teeb pereõe oma nimistu patsientidele vajaduse korral koduviite. Koduviidid on olulised nii tervislikel kui sotsiaalsetel põhjustel, aitamaks õigel ajal märgata lastega ja täiskasvanutega seotud probleeme, mis võivad mõjutada vaimset tervist.¹³¹ Olemasoleva tõendusmaterjali alusel võib visiidist olla kasu, et hoida ära tahtmatuid vigastusi, liigseid pöördumisi erakorralise meditsiini osakonda, rehospitaliseerimisi ning liiga vara rinnaga toitmise lõpetamist. Tulenevalt erinevustest koduse külastuse programmide ülesehituses ja kestuses on keeruline hinnata nende programmide efektiivsust. Koduviit on sekkumisena kulukam visiidist

¹²³ Mets, Veldre (2017). [Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: TERVISHOID. OSKA](#). SA Kutsekoda

¹²⁴ [Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009–2015](#)

¹²⁵ Technical Series on Primary Health Care. [Building the economic case for primary health care: a scoping review](#). World Health Organization, 2018.

¹²⁶ Bogdanov, Pertel (2012). [Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs](#). Tervise Arengu Instituut

¹²⁷ Shi (2012). [The Impact of Primary Care: A Focused Review](#)

¹²⁸ Milbank (2005). [Contribution of Primary Care to Health Systems and Health](#)

¹²⁹ [Esmatasandi teenuste arendamine](#). Eesti Haigekassa veebileht

¹³⁰ [Violence against women: an EU-wide survey](#). European Union Agency for Fundamental Rights, 2014

¹³¹ [Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend](#). Riigi Teataja, 2016

tervisekeskusesse, kuid odavam haiglaravist. Näiteks, lapse tervise jälgimise juhendi¹³² kohaselt on soovitatav vastsündinu läbivaatus 5.–7. elupäeval ja 14 päeva vanuses perearstipraksises või kodus vastavalt tervislikele ja sotsiaalsetele näidustusele, arvestades sünnitusabi osutava meeskonna hinnangut.

Alates 2013. aastast rahastatakse perearstipraksistes teise pereõe töölevõtmist eeldusel, et tal on iseseisva vastuvõtu tegemiseks eraldi tööruum. **Teise pereõe lisandumine perearstipraksistesse võimaldab oluliselt suurendada edendus- ja ennetustegevuste osakaalu** (sh pakkuda nõustamisteenuseid, mis on suunatud riskikäitumise ennetamisele või sellest loobumisele, sõltuvushäirete varasele avastamisele ja neile asjakohaste sekkumiste organiseerimisele)¹³³ ja spetsialiseeruda ka vaimse tervise teemadele.

Esmatasandi tervishoius on olnud mitmeid positiivseid suundumusi, mis soodustavad muu hulgas vaimse tervise teenuste kättesaadavust. Üks suurimaid muutusi on olnud Euroopa Regionaalarengu Fondi vahendite toel **tervisekeskuste ehitamine ja renoveerimine** (aastani 2023)¹³⁴ eesmärgiga luua tõmbekeskustesse tervisekeskused ning multidistsiplinaarsete meeskondade loomise abil laiendada osutatavate teenuste valikut. Kui siiani moodustasid esmatasandi meeskonna peamiselt perearst ja pereõde, siis uue kontseptsiooni alusel liituvad nendega koduõde, ämmaemand ja füsioterapeut.

Vaimse tervise seisukohast on oluline ressurss **koduõde**, kelle üks tööülesanne on nõustamine. Muu hulgas saab seeläbi tegeleda kehalise haigusega inimese vaimse tervise probleemide ennetamise ja leevendamise. Koduõde osutab oma pädevuse piires tervishoiuteenuseid inimese juures kodus¹³⁵ saatekirja alusel. Samas on arenguruumi raske psüühikahäirega inimeste koduõendusteenusel, mis keskenduks nii probleemide märkamisele, ennetamisele kui ka ravimiravi paremale jälgimisele. Lisaks on olemas päevane **õendusteenus üldhooldekodudes**, mida osutatakse koduõenduse tegevusloa alusel. Vastav teenus võimaldab paremini jälgida üldhooldekodu elanike terviseseisundit ja anda vajaduse korral kvalifitseeritud abi, mille üheks oodatavaks mõjuks on prognoositud kiirabi väljasõitude arvu vähenemine ning senisest suurem rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavusega.

Ämmaemandal on oluline roll naiste (sh alaealiste) reproduktiivtervist puudutavas nõustamises, aga ka raseduse ajal vaimse tervise probleemide ja sünnitusjärgse depressiooni varajasel märkamisel. Siinkohal on ämmaemanda sünnitusjärgne koduviit väga oluline naise ja vastsündinu seisundi jälgimise, kohanemise ja toimetuleku ning naise vaimse tervise hindamiseks ja varajaseks märkamiseks. Ämmaemand omab põhjalikku ettevalmistust raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi füsioloogiast, vastsündinu arengust, kohanemisest ja hooldusest, et toetada positiivset vanemlust. Ämmaemanda ettevalmistus annab talle kui spetsialistile teadmised selle kohta, mida konkreetselt naine läbi elab, ning aitab mõtestada hetkeolukorda – mis on füsioloogiline, mis patoloogiline, mis midagi muud. Naiste reproduktiivtervist puudutav ning rasedate ja vastsünnitanud naiste nõustamine on olnud läbi aegade üks ämmaemanda töövaldkondi ning alates 2020. aasta jaanuarist on ämmaemanda vastuvõtu raames üheks eraldi tegevuseks vaimse tervise alane nõustamine perinataalperioodil¹³⁶. Ühe meetmena lapsea varase arengu ja perede toetamiseks on koduviitide korraldus, mida käsitleb ka lapse tervise jälgimise ravijuhend¹³⁷. Ämmaemanda kaasamine tema pädevusse kuuluvate ennetus- ja hooldustegevustesse panustamiseks annab perearstile ja -õele võimaluse panustada teistesse valdkondadesse.

¹³² [Lapse tervise jälgimise juhend](#) (2019).

¹³³ Mets, Veldre (2017). [Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadustele: TERVISHOID. OSKA](#). SA Kutsekoda

¹³⁴ [Tervisekeskuste kaasajastamine](#). Riigi Teataja, 2018

¹³⁵ [Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning õendusabiteenuste osutamise tingimused](#). Riigi Teataja, 2016

¹³⁶ [Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu](#). Riigi Teataja, 2019

¹³⁷ [Lapse tervise jälgimise juhend, www.ravijuhend.ee](#), 2019

Lisaks kohustuslikele erialaspetsialistidele võib piirkonna vajadusest tulenevalt esmatasandi tervisekeskuses töötada ka teisi spetsialiste (nt eriõde, kliiniline psühholoog jne). **Üldisi vaimse tervise teenuseid käsitatakse esmatasandi tervisekeskustes praegu teiseste teenustena**¹³⁸. See tähendab, et praegu on tegemist keskuste vaba valikuga kas ja millisel kujul nad vaimse tervise teenuseid pakuvad. Arvestades vaimse tervise teenuste kättesaadavust, tuleks **nimetatud teenused esmatasandi tervisekeskustes muuta esmaseks**, st kõigis tervisekeskustes kohustuslikult osutatavateks. See on eriti oluline aspekt tegelemaks esmatasandil just sõltuvustega. Nii näiteks näeb alkoholarvitamise häirega patsiendi käsitusjuhend¹³⁹ esmatasandi üliolulist rolli alkoholarvitamise häirega inimeste diagnoosimisel ja nõustamisel. Praegu **puuduvad täpsemad ühtsed põhimõtted ja kokkulepped** vaimse tervise spetsialisti rolli suhtes esmatasandil. Kvaliteetse teenuse saavutamiseks on vajalik koostada ühtsed alused, arvestades finantsilisi ja spetsialistide ressursi. Samas saab tõdeda, et ühtsete põhimõtete kokkuleppimiseks on esimesed sammud juba tehtud. Näiteks on erinevad erialaseltsid teinud ettepaneku, et haigekassa hakkaks rahastama vaimse tervise õe iseseisvat vastuvõttu esmatasandi tervisekeskustes. Ideaalis peaks tulevikus esmatasandi meeskonda kuuluma ka teisi eripädevusega psühholoogilist abi pakkuvaid (tugi)spetsialiste (vt ptk 2). Seega vajab arutelu see, kuidas pakkuda psühholoogilist abi neile, kes pöörduvad vaimse tervise probleemiga esmatasandi poole, sest praegune korraldus ei soosi optimaalset ressursikasutust.

Koolipidaja (sh KOV-i kui koolipidaja) ülesanne on koostöös esmatasandi tervishoiuga **tagada koolides haigekassa rahastatava koolitervishoiuteenuse kättesaadavus**. Kooliõde saab olla üks õpilaste vaimse tervise probleemide märkajaid. Juhiste kohaselt peab kooliõde kontakteeruma lapsevanemaga ja soovitama pöörduda esmalt perearsti vastuvõtule. Vajaduse korral suunab perearst õpilase vaimse tervise õe vastuvõtule laste vaimse tervise keskusesse. Selleks, et vaimse tervise keskuse meeskonnal oleks eelnev info õpilase probleemi kohta, saab kooliõde panustada saatekirja koostamisse koostöös teiste spetsialistidega (perearst, koolipsühholoog, sotsiaalpedagoog jt). Oluline on märgata kooliõde rolli tervisehariduse eestvedajana ning esmase märkaja ja lahenduste pakujana probleemide korral. Sellest lähtudes on uues kooliõenduse tegevusjuhendis¹⁴⁰ eraldi peatükk, mis keskendub vaimse tervise probleemidega lapse märkamisele. Lähitulevikus väärib sidusrühmadega diskuteerimist, kuivõrd on põhjendatud koolipsühholoogi käsitlemine tugispetsialistina ning millised on võimalused siduda koolipsühholoogide tegevus tihedamalt koolitervishoiuga.

Esmatasandi tervishoiu alla kuulub ka **laste ja noorukite vaimse tervise kabinettide tegevus**, mille eesmärk on pakkuda vaimse tervise teenuseid lapse elukohas. Tegemist on integreeritud sotsiaal- ja tervishoiuteenusega, mille peamine sisu on probleemi täpsustamine ja seisundi hindamine, nõustamine, pere ja tugivõrgustiku liikmete toetamine, ning see on üks lahendus vaimse tervise teenuse kättesaadavuse parandamiseks. Pakutavate teenuste sihtrühmaks on lapsed ja noorukid kuni 18. eluaastani, nende vanemad/hooldajad ning lastega tegelevad spetsialistid. Meeskond, kuhu kuuluvad vaimse tervise õde, kliiniline psühholoog ja sotsiaaltöötaja, lähtub oma töös lapse individuaalsusest ja arvestab tema parimaid huve. Kabineti meeskonna töö hõlmab ka vaimse tervise probleemide ennetamist ning koostööd teiste lapsega tegelevate spetsialistidega. Vajaduse korral suunatakse laps või nooruk edasi psühhiaatri juurde või haiglasse.

Kuigi olemasolevad kabinetid on suunatud lastele, oleks tulevikus mõistlik laiendada nende teenuseid ka täiskasvanutele, suurendades sellega abi kättesaadavust kogukonnas. Kuna tegemist on teenusega, mis on nii-öelda sild sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi vahel, peaks nimetatud **meeskond ideaalis olema laiema profiiliga** ehk

¹³⁸ [Esmatasandi tervisekeskuste kaasajastamine](#). Riigi Teataja, 2015

¹³⁹ [Alkoholarvitamise häirega patsiendi käsitus \(RJ-F/7.1-2015\)](#)

¹⁴⁰ [Kooliõenduse tegevusjuhend](#). Eesti Haigekassa, 2020

siia võiksid kuuluda näiteks erineva väljaõppega terapeudid, psühholoogid jne. Täiskasvanute puhul võiks vaimse tervise kabinetis tegeleda kroonilise vaimse tervise probleemiga inimestega, kes vajavad integreeritud toetust oma kroonilise haigusega toimetulekuks kodus¹⁴¹. Näiteks aitab kognitiivne käitumisteraapia ennetada psühhooosi¹⁴².

Esmatasandi tervishoiu spetsialistide hulka loetakse ka **töotervishoiuteenuse osutaja**. Töotervishoiumeeskonna moodustavad eri valdkonna spetsialistid (töotervishoiuarst, tööpsühholoog, töotervishoiuõde), kellest igaüks katab oma pädevuse osa. Töökeskkonnas esinevate ohtude korral suunatakse töötaja töotervishoiuarsti juurde. Seega võib **vaimse tervisega seotud probleemide esmane tuvastaja olla ka töotervishoiuarst või tema meeskonnas töötav spetsialist**. Kui töotervishoiuarsti vastuvõtul ilmneb, et töötajal esineb vaimse tervisega seotud probleeme, on töotervishoiuarsti ülesanne püüda välja selgitada, kas need on tingitud valdavalt elustiili haigustest või põhjustatud otseselt töökeskkonnast/töökorraldusest. Sageli on tegemist kombineeritud situatsiooniga.¹⁴³ Vaimse tervise probleemide juurpõhjuste väljaselgitamiseks on võimalus kasutada lisaks vestlusele ka erinevaid kaardistajaid (nt tööstressi küsimustikke jms). Oluline on, et töotervishoiuteenuse osutaja vastuvõtu info jõuaks perearstini. Vajaduse korral tuleks selleks luua vastav automaatne andmevahetussüsteem. Vaimse tervise probleemide häbimärgistus on üks põhjuseid, miks inimesed kasutavad oma õigust sulgeda arsti eest oma psühhiaatrilisi diagnoose ning teenuseid puudutavaid andmeid. Eelkõige kardetakse tööandjapoolset diskrimineerimist, aga ka seda, et arst ei pruugi seetõttu pöörata piisavat tähelepanu inimese füüsilistele kaebustele ning nendest tingitud haigustele.

Otseselt tööst tingitud vaimse tervise probleemide korral **nõustatakse töötajat** lühidalt tervisekontrolli käigus, vajaduse korral soovatakse pöörduda spetsialiseerunud psühholoogi (nt tööpsühholoog, kliiniline psühholoog), perearsti või psühhiaatri poole. Tööandja nõusolekul tehakse koostööd näiteks eriõega, kes aitab hinnata psühholoogiliste riskide põhjuseid ettevõttes. Sageli vajavad tööandjad ise nõustamist selles, kuidas vaimse tervise probleemidega töötaja toetamisega toime tulla. Praegu osutab seda teenust töötukassa, kes pakub tööandjatele abi erivajadusega inimeste värbamisel ja töötamisel.¹⁴⁴ Täiendavalt peaks ka töotervishoiuteenuse osutajad arendama välja võimekuse tööandjaid nõustada.

Õigeaegse ja kvaliteetse abi pakkumisel on väga oluline perearstide koostöö eriarstidega. Juhtumid, mis esmatasandi pädevusse ei kuulu või sellest väljuvad, saab perearst suunata eriarstile. Alates 2015. aastast on perearstidel võimalus kasutada **teraapiafondi**, mille eesmärk on suurendada perearsti rolli patsiendi ravi protsessi koordineerijana algusest lõpuni. Teraapiafond võimaldab perearstil vajaduse korral oma nimistu patsiendile tellida kliinilise psühholoogi, logopeedi ja füsioterapeudi teenuseid ilma eelneva eriarsti visiidita ning tasuta nende eest teenuseosutajale. Teraapiafondi võimalust kasutas 2019. aastal 417 perearstipraksist. Teraapiafondi võimalusi kasutanud inimeste arv suurenes võrreldes 2018. aastaga 26% võrra. **Kõige enam kasutati 2019. aastal** individuaalselt füsioteraapiateenust (11 765 inimest), järgnes psühhoteraapia individuaalseanss (4279 inimest) ning kliinilise psühholoogi konsultatsioon (2566 inimest)¹⁴⁵. Erialaspetsialistide arvamusel on **teraapiafondi kitsaskohtadeks** kasutatava raha vähesus, kasutustingimuste jäikus, teenusepakkujate (kliinilised psühholoogid, terapeudid jt) puudus ja ka patsiendi omaosaluse varieeruvus sõltuvalt teenuseosutajast. Põhjalikumad analüüsi vajavad fondi finantseerimissüsteem ja kasutusnõuded.

¹⁴¹ [Akuutpsühhiaatria \(tahtest olenematu ravi korral\) teenusel viibivate orgaaniliste psüühikahäiretega-, skisofreenia ja psüühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäiretega diagnoosidega patsientide ravi kvaliteet](#). Eesti Haigekassa, 2020

¹⁴² Anthony *et al.* (2007). [Three-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy for the Prevention of Psychosis in People at Ultrahigh Risk](#)

¹⁴³ Haidak, Suder (2019). [Töökeskkonna vaimse tervise analüüs](#). Sotsiaalministeerium

¹⁴⁴ [Abi erivajadusega inimestele ja nende tööandjatele](#). Eesti Töötukassa, 2019

¹⁴⁵ [Eesti Haigekassa 2019. aasta majandusaasta aruanne](#). Eesti Haigekassa, AS PricewaterhouseCoopers, 2020

Aastast 2017 on perearstidel võimalus kasutada tervise infosüsteemi kaudu **e-konsultatsiooni psühhiaatriga** oma patsiendi diagnoosi täpsustamiseks ning ravi määramiseks. Eesti Haigekassa andmetel kasutati 2019. aasta esimese üheksa kuuga seda võimalust 246 korral. 2020. aastal lisandus lastepsühhiaatria eriala e-konsultatsioon.

Tõhusat ja kvaliteetset ravi toetab ka teaduspõhiste **ravijuhiste loomine**. Esmatasandi jaoks on koostatud näiteks depressiooni, ärevushäirete ja alkoholitartvitamise häire ravijuhised. Eestis on loodud olemasolevate soovitude järjepidev kaasajastamise, rakendumise hindamise ja uute juhendite vajaduse hindamise süsteem, mida praegu koordineerib Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervise instituudis töötav püsisekretariaat.

Kogu vaimse tervise valdkonda kimbutab just tervisesüsteemi seisukohast **tõendus põhiste hindamis- ja diagnostiliste skaalade ning instrumentide puudus**. Praegu kasutatakse üsna palju tervishoiuteenuse osutajate endi poolt tõlgitud hindamis- ja diagnostilisi skaalaid ning instrumente¹⁴⁶. Vajalik on alustada süsteemselt uute vaimse tervise hindamis- ja diagnostiliste skaalade kohandamist, nende valideerimist Eesti oludele ja rakendamist. Samuti on vajalik süsteem, mille toel skaalaid ja instrumente pidevalt kaasajastada. Sotsiaalministeerium on alustanud hindamisinstrumentide keskkonna loomise ettevalmistamisega.

Esmatasandi vaimse tervise teenuseid tuleb pakkuda ka **kinnipidamisasutuses** (vangla, arestimaja, kinnipidamiskeskus) viibivatele inimestele. Tegemist on teenustega, mille eesmärk on vähendada inimeste negatiivset vaimset tervist ning seeläbi vähendada tulevikus õigusrikkumist. Vanglates pakutakse sotsiaal- ja toimetulekuprogramme¹⁴⁷, mida viivad ellu selleks koolitatud psühholoogid, sotsiaaltöötajad ja kriminaalhooldusametnikud. Kliinilised psühholoogid ja vaimse tervise õed täidavad arsti korraldusi ravi läbiviimise osas. Vanglast vabanevate inimeste puhul on oluline koostöö sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonnaga, et jätkata vajaduse korral vaimse tervise ning muude toimetulekut toetavate teenuste pakkumist.

Arestimajades ja -kambrites, kus peetakse inimesi (sh kainenejad) kinni lühikest aega, ei pakuta vaimse tervise teenuseid. Samas on tegemist potentsiaalse kohaga, kus saaks üles leida eelkõige sõltuvusprobleemiga inimesed ning aidata neil tegeleda oma vaimse tervise probleemiga. Tegemist on arendamist vajava teemaga.

Kinnipidamiskeskustes (Politsei- ja Piirivalveameti struktuuriüksus), kus peetakse kinni Eestist väljasaadetavaid inimesi, on Eesti riigil kohustus pakkuda seal viibivatele inimestele vajaduse korral vaimse tervise teenuseid, millega praegu süsteemselt ei tegeleta.

Lisaks pakutakse esmatasandi vaimse tervise teenuseid **Kaitseväes** kutsealustele, tegevväelastele ja veteranidele. Kaitseväes tegeletakse vaimse tervise teenuste pakkumisega süsteemselt, kuid probleemiks on häbimärgistamine, mis vähendab vaimse tervise toe ja abi otsimist olukordades, kus seda tegelikult vajatakse. Eestis tehtud uuring näitas, et vaimse tervise abi otsimine konkreetsetest tugiteenustest (sotsiaaltöötaja, psühholoog, kaplan) on vähene võrreldes füüsilise tervisega¹⁴⁸. Vajalik on suurendada eri osapoolte teadlikkust vaimse tervise olulisusest ning vähendada vaimse tervise probleemide ja abi saamisega seotud häbimärgistamist.

Eesmärk: esmatasandil ennetatakse ja suudetakse käsitleda suuremat osa vaimse tervise probleemidest ning tagatakse abivajamise kiirusele vastav vaimse tervise probleemide käsitus

¹⁴⁶ [Tartu Ülikooli Kliinikumi pöördumine sotsiaalministri poole.](#)

¹⁴⁷ [Sotsiaalprogrammid.](#) Kriminaalpoliitika veebileht

¹⁴⁸ Sõjateadlane. Estonian Journal of Military Studies. Ajateenistusest Eesti Kaitseväes. Insights into conscription in the Estonian Defence Forces. Kaitseväe Ühendatud Õppeasutused, 2018.

eriarstiabi erinevatel tasemetel. Selle tulemusena saavad inimesed kiiremini vajalikku abi ja juhendamist, väheneb eriarstide töökoormus, lühenevad teenuste järjekorrad ning eriarst saab senisest rohkem tegeleda keerulisemate juhtudega. Ägedate ja kiiret sekkumist nõudvate vaimse tervise probleemidega tegelemine jääb jätkuvalt erakorralise meditsiini osakonna pädevusse.

Muutuste saavutamiseks vajalikud tegevused:

- 1) analüüsida vaimse tervise probleemide esinemissagedust ning praegu pakutavate sekkumiste ulatust ja rolli esmatasandi tervishoius, et planeerida sujuvat üleminekut esmatasandilt kogukonna- või eriarstiabi teenustele;
- 2) luua stigmavaba kultuuriruum, sealhulgas suurendada esmatasandi tervishoiu spetsialistide teadlikkust vaimse tervise kaitse- ja riskiteguritest ning ohumärkidest, et tõhustada varajast märkamist ja vähendada häbimärgistamist. Seejuures on oluline integreeritus sotsiaal-, haridus- ja kultuurisüsteemiga;
- 3) analüüsida regulaarselt esma- ja kogukonnatasandil pakutavaid haridus-, sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna teenuseid ja nende kättesaadavust piirkonniti, et täpsustada osapoolte rolli ning vältida ressursi raiskamist ja rollide kattuvust;
- 4) arendada piirkondliku võrgustiku koostööd haridus-, noorte-, hoolekande-, lastekaitse-, õigus- ja tervishoiuvaldkonna vahel, et tõhustada varajast märkamist ja sekkumist ning teha inimestele vajaduspõhine abi, sealhulgas toetavad baasoskused, paremini kättesaadavaks;
- 5) tagamaks vaimse tervise teenuste parem kättesaadavus esmatasandil, peab perearstide meeskonda tervisekeskustes kuuluma vaimse tervise õde ja/või kliiniline psühholoog. Eelnevalt tuleb tagada vastavate spetsialistide (kliiniline psühholoog, vaimse tervise õde) piisav olemasolu ja riiklikult rahastatud väljaõpe ning kirjeldada vaimse tervise spetsialisti rolli ja teenuse sisu esmatasandil. Lisaks tuleks kaaluda, millise lisapädevusega spetsialistid on esmatasandi tervisekeskuses täiendavalt vajalikud;
- 6) töötada välja sõltuvushäirete käsitlemise süsteem, mis hõlmab valdkondade- ja elukaareülest ennetust ja ravi ning tagasilanguse ennetust, ja rakendada seda;
- 7) arendada peredele pakutavat rasedusaegset ja sünnitusjärgset terviklikku ja süsteemset tugisüsteemi;
- 8) analüüsida regulaarselt teraapiafondi, e-konsultatsiooni ja kaugvastuvõtu teenuse ning vaimse tervise õe vastuvõtu teenuse kasutamise kitsaskohti, et parandada vaimse tervise teenuste kättesaadavust ning vajaduse korral täiendada teenuste rakendamiseks vajalikke meetmeid;
- 9) kaasajastada olemasolevaid ja vajaduse korral koostada uusi ravijuhendid ning korraldada nende rakendamise koolitusi/teabepäevi esmatasandi tervishoiu töötajatele;
- 10) kohandada ja rakendada tõenduspõhiseid standardiseeritud hindamisvahendeid ja sekkumisi vaimse tervise seisundi hindamiseks, arvestades elukaareülesust ja haavatavate rühmade vajadusi. Lisaks tagada standardiseeritud hindamisvahendite ja sekkumiste kättesaadavus (sh luua vastav keskkond) ning kasutamine vastava valdkonna spetsialistide hulgas;
- 11) analüüsida ja toetada tõenduspõhiste juhendatud veebipõhiste eneseabiprogrammide kasutuselevõttu. Eelnevalt on vaja teha analüüs ja hindamine selle kohta, milliseid programme esmatasandi tervishoiu töötajad ja patsiendid vajavad;
- 12) arendada töötervishoidu viisil, et senisest enam pööratakse töökeskkonnas tähelepanu töötajate vaimsele tervisele. Töötervishoiu meeskonda peaksid kuuluma spetsialistid, kellel on pädevus tegeleda töötajate vaimse tervisega. Lähtudes loodud töötervishoiu mudelist tuleb tagada töötervishoiuarstide, tööpsühholoogide, töötervishoiuõdede jt seotud spetsialistide ettevalmistamine piisaval arvul;
- 13) hinnata regulaarselt töötajate vaimset tervist tervisekontrolli käigus;
- 14) toetada töötervishoiu teenuse osutajaid psühhosotsiaalsete ohutegurite tuvastamisel, hindamisel, edasiste tegevuste planeerimisel ja täitmisel, et parandada psühhosotsiaalset töökeskkonda;

- 15) suurendada tööandjate võimekust toetada ja nõustada vaimse tervise probleemiga töötajaid;
- 16) analüüsida, vajaduse korral töötada välja, ja rakendada sobivaid vaimse tervise alaseid sekkumisi kinnipidamisasutustes ja vabanemise järel.

2.4. Ambulatoorne ja konsultatiivne psühhiaatriline abi

Eesti tervishoiusüsteemis kuuluvad selle tasandi vaimse tervise teenuste hulka ambulatoorne ja konsultatiivne psühhiaatriline abi haiglates.

Ambulatoorse psühhiaatrilise abi kättesaadavus on Eestis piirkondlikult ebaühtlane. Psüühika- ja käitumishäiretega inimesed saavad üldreeglina ambulatoorset psühhiaatrilist ravi nii eriarsti kui perearsti juures. Näiteks oli Eesti Haigekassa andmetel 2019. aastal **ainult perearsti poole pöörduvaid patsiente 39% ja ainult eriarsti poole pöörduvaid patsiente 50%** ning mõlema arsti teenuseid kasutanuid oli **11%**.

Kui liigitada patsiendid selle järgi, kuhu nad ambulatoorse psühhiaatrilise ravi saamiseks pöörduvad, eristuvad selged diagnoosirühmad, mille puhul pöörduakse perearsti ja mille puhul psühhiaatri poole. **Eesti Haigekassa andmetel pöörduakse perearsti poole peamiselt järgmiste psühhiaatriliste häiretega:**

- F50–F59 füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste ehk somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid;
- F99–F99 täpsustamata psüühikahäired;
- F40–F49 neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired;
- F30–F39 meeleoluhäired.

Ainult perearsti poole pöörduvad keskmisest enam Hiiu (62%), Järva (62%), Viljandi (59%), Harju (59%) ja Lääne (58%) maakonna patsiendid. Oluline on siin märkida, et **rohkem pöörduakse kergemate psühhiaatriliste diagnoosidega perearsti poole neis piirkondades, kus ambulatoorse psühhiaatrilise abi kättesaadavus on kasin.**

Enim pöörduvad kergemate psühhiaatriliste diagnoosidega F30–F59 ja F99 haiguste korral patsiendid **ainult eriarsti poole** Võru (59%), Jõgeva (57%), Põlva (52%), Saare (46%) ja Ida-Viru (46%) maakonnas.

Nende patsientide osakaal, kes kasutavad **nii perearsti kui eriarsti teenuseid**, jääb kõigis maakondades 10% piiresse.

Ainult psühhiaatri poole pöörduvad Eesti Haigekassa andmetel need inimesed, kes põevad:

- F60–F69 täiskasvanu isiksus- ja käitumishäireid;
- F20–F29 skisofreeniat, skisotüüpseid ja luululisi häireid;
- F70–F79 vaimset alaarengut;
- F10–F19 psühhootiliste ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäireid;
- F90–F98 lapseas alanud käitumishäireid.

Ainult psühhiaatri juurde pöörduvate psühhiaatriliste diagnoosidega haiguste korral maakondlikku erinevust ei ole.

Ambulatoorne abi on psühhiaatrias kõige prioriteetsem arendamist vajav valdkond, kus piirkondlik kättesaadavus tuleb tagada igas maakonnas ning olemasolevat ressursi tuleb jagada abi vajavate inimeste vahel võrdselt. Seetõttu on oluline, et psühhiaatrilise diagnoosiga inimesed alustaksid oma ravi esmajoonel perearsti juures, kes vajaduse korral näiteks e-konsultatsiooni võimalusi kasutades konsulteerib psühhiaatriga inimese edasist ravi ja käsitlust. Selline lähenemine vabastab ressursi, et tegeleda psühhiaatrilises abis raskemate juhtumitega, mis vajavad rohkem eriarsti pädevust. See ei ole rakendatav olukorras, kus inimene vajab juba vältimatut psühhiaatrilist abi. Siis on esmane kontakt kiirabi ja/või erakorralise meditsiini osakond.

Konsultatiivne psühhiaatria on osa integreeritud abist, et aidata inimesi, kes põevad korruga mitut haigust, sealhulgas mõnda psüühikahäiret, näiteks diabeetik, kelle nägemine on kiiresti halvenenud ja kes on selle tagajärjel sattunud depressiooni. **Konsultatiivset psühhiaatrilist abi kui interdistsiplinaarset teenust kehaliste haiguste ravis ei ole seni õnnestunud üle riigi süsteemselt ellu rakendada.** Erinevalt kehaliste haiguste diagnostikast on psühhiaatrias kõige olulisem diagnostikavahend psühhiaatriline intervjuu, mille kestuseks on sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. a määruse nr 9 „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ lisa 3¹⁴⁹ järgi **55 minutit**. Psühhiaatrilist kliinilist intervjuud teeb ainult psühhiaater. Muude eriarstide vastuvõtul on arvestatud eriarsti keskmiseks tööajakuluks eespool viidatud määruse kohaselt **25 minutit**. Kuigi enamikus haiglates on kehaliste haiguste osakondades psühhiaatri konsultatsiooni võimalus olemas, vajab arendamist koostöö spetsialistide vahel. Näiteks tuli 2018. aastal tehtud uuringust „Aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanute epidemioloogiline ülevaade“¹⁵⁰ välja, et suitsiidi tagajärjel hukkunutel oli rohkem vaimse tervise häireid (sh skisofreenia või meeleoluhäired), kuulmis- ja nägemishäireid ning kroonilist valu. Samas oli võrreldes kontrollrühmaga suitsiidi sooritanud meeste ja naiste seas rohkem neid, kes käisid viimasel eluaastal arsti vastuvõtul või erakorralise meditsiini osakonnas (EMO). Võib oletada, et nii mitutki suitsiidi oleks saanud ennetada, kui konsultatiivne psühhiaatria toimiks hästi. Seetõttu on oluline suurendada just nn eesliini tervishoiutöötajate teadlikkust märkidest, mis võivad viidata suitsiidsusele.

Konsultatiivses psühhiaatrias on vaja arendada spetsialistide omavahelist koostööd, näiteks kehaliste haigustega inimeste meelolu- ja ärevushäiretega tegelemine, koostöö neuroloogilise insuldi, dementsuse jt neuropsühhiaatriliste probleemide diagnostikas ja ravis, nakkusarstidega sõltlaste asendusravis, erakorralise meditsiini osakondades, deliiriumiravis, traumajärgsete ja/või vägivallaohvritega tegelemisel jne. Tervishoiutöötajatel on oluline roll märgata oma patsientide suhtes toimepandud või toimepandavat vägivaldat, et vältida nende taasohvrustamist. Igasugune vägivald kahjustab inimeste vaimset tervist. Inimesed räägivad oma vägivallakogemusest avatumalt tervishoiutöötajaga¹⁵¹ kui korrakaitse või muu elukutse esindajaga.

Arvestades spetsialistide puudust, on vaja arendada ka **vaimse tervise kaugteenust**, seda nii õe, kliinilise psühholoogi kui psühhiaatri vastuvõtuna. Seoses eriolukorraga 2020. aasta märtsis kerkis eriarstiabis teravalt esile vajadus kaugteenuste järele. Haigekassa rahastas ajutiselt psühhiaatri ja kliinilise psühholoogi konsultatsiooni ning psühhoteeraapia kaugteenust. Erialadest tehti eriolukorra jooksul kõige enam kaugvastuvõtte psühhiaatria erialal (65%)¹⁵². Alates 2020. aasta septembrist on tervishoiuteenuste loetelus¹⁵³ psühhiaatri ja vaimse tervise õe kaugvastuvõtu teenus. Positiivse näitena saab siin välja tuua Eesti vanglad, kus vajaduse korral tagatakse vangidele psühhiaatri vastuvõtt kaugteenusena.

Lisaks konsultatiivsele psühhiaatriale ning interdistsiplinaarsete ravimeeskondade ja kaugteenuste arendamisele psühhiaatrias vajavad ambulatoorses psühhiaatrilises abis arendamist näiteks mitmikdiagnoosidega patsientide päevaravi, sõltuvusravi, söömishäirete ravi jne. Kaalumist vajab ravikoordinaatori vajadus ambulatoorses psühhiaatrias, et tagada kroonilise vaimse tervise probleemiga inimeste terviklik teekond eri tasandite vahel. Eelkõige puudutab see liikumist kogukonnateenuste, esmatasandi tervishoiu ning spetsialiseeritud abi vahel. See võimaldaks vältida olukordi, kus inimene n-ö kukub erinevate süsteemide vahele.

¹⁴⁹ [Sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. a määrus nr 9 Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika](#), Riigi Teataja, 2020

¹⁵⁰ [Aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanute epidemioloogiline ülevaade](#)

¹⁵¹ [Violence against women: an EU-wide survey. European Union Agency for Fundamental Rights, 2014](#)

¹⁵² [Eriolukorra ja 60 päeva jooksul peale eriolukorda Eesti Haigekassa kaudu makstavate hüvitiste ja teenuste kasutamise aruanne](#). Eesti Haigekassa, 2020

¹⁵³ [Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu](#). Riigi Teataja, 2020

Eesti Haigekassa andmetel kulub psühhiaatria erialale eraldatud rahast kõige rohkem psühhiaatrilisele statsionaarsele abile – 61%. Ambulatoorsele psühhiaatrilisele abile kulub 21% ning uuringutele ja protseduuridele 12%. Psühhiaatrilise abi vajajad moodustavad suhteliselt homogeense rühma, st samad patsiendid vajavad ravi aastast aastasse.

Skisofreeniat ning skisotüüpseid ja luululisi häireid põdevate inimeste kulud moodustavad psühhiaatria eriala kuludest suurima osa (33%), sealjuures on patsientide osakaal üks väiksemaid (6%). Skisofreenia on nii psüühiliselt kui materiaalselt raske psüühikahäire, millesse peamiselt haigestutakse 20ndate eluaastate alguses ja mille tõttu jäävad patsiendil sageli pooleli õpingud ja töö ning katkevad suhted. Lisaks emotsionaalsetele kannatustele, mida haigus nii haigele kui tema lähedastele põhjustab, kaasnevad sellega ka materiaalsed kahjud – kõrged ravikulud, töövõimetuspension, üldine töövõimekaotusest saadav kahju ning haigusega kaasnev suur suitsiidide arv¹⁵⁴. Skisofreenia tekkepõhjused ei ole tänaseni täpselt teada, kuid kogu maailmas põeb seda hinnanguliselt 1% elanikkonnast olenemata rahvusest, soost või riigist¹⁵⁵. Ilma ravita esineb 80% juhtudel hiljem tagasilööke. Praegu saab Eestis ligi 8900 skisofreenia põdejat pidevalt ravi. Skisofreenia eripäraks võrreldes teiste krooniliste haigustega on see, et suur osa haigeid ise ei usu diagnoosi või loobuvad ravist enneaegu. Ravita jäämisel psüühikahäirega inimese seisund ägeneb kiiresti ning tekib tagasilangus. Kuigi enamik skisofreeniat ning skisotüüpseid ja luululisi häireid põdevatest inimestest suudab piisava toe olemasolul järgida ravis tabletiravimi võtmist, jääb üle üsna arvestatav hulk inimesi, kes seda ei suuda. Just nemad on vajavad pikatoimelist süstitavat tüüpilist või atüüpilist ravimit.

Eestis on arvestuslikult 2000–3000 inimest, kes võiksid vajada pidevalt depoo-antipsühhootikumide¹⁵⁶. Eesti Haigekassa andmetel sai 2019. aastal depooravimit 238 inimest. Ühe süstitaval atüüpilisel depooravil oleva skisofreeniat põdeva inimese aastane kulu on ca 3200 eurot. Samas maksab ühe skisofreeniahaige üks haiglaravile sattumine haigekassale umbes 4200 eurot. Kui inimese ravi pole järjepidev, võib selliseid haiglasse sattumisi olla aastas mitu.

Randomiseeritud kliinilised ravimiuuringud ja registripõhised naturalistlikud uuringud, mis võrdlevad omavahel antipsühhootikumide tabletivormi ja süstitava vormi efektiivsust, on jõudnud erinevate tulemusteni. Kui randomiseeritud uuringute tulemuste kohaselt ei ole antipsühhootikumi tabletivormil ja süstitaval vormil kliinilises tulemuses vahet, siis naturalistlikud uuringud toovad selle erinevuse välja ning seda süstitavate antipsühhootikumide kasuks^{157, 158, 159, 160}. Sõltumata uuringu disainist peaks uuringute lõppjärel olema ühesugused või märkimisväärse erinevused. Randomiseeritud kliinilistes ravimiuuringutes saavad osaleda vaid need, kes on valmis ravimeid võtma. Samas hõlmavad naturalistlikud uuringud ka neid vaimse tervise probleemidega inimesi, kellel on puudulik ravisoostumus.

Teenuseosutajate poolt Eesti Haigekassaga sõlmitud ambulatoorse psühhiaatrilise abi lepingutes ei ole kindlaks määratud mitmele skisofreenia põdejale peaks teenuseosutaja

¹⁵⁴ Sher, Kahn (2019). [Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview](#)

¹⁵⁵ Javitt (2014). [Balancing Therapeutic Safety and Efficacy to Improve Clinical and Economic Outcomes in Schizophrenia: A Clinical Overview](#)

¹⁵⁶ Kiivet *et al.* (2015). [Depoo-antipsühhootikumide kulutõhusus. Tervisetehnoloogia hindamise raport TTH16. Tartu: Tartu Ülikool, tervishoiu instituut](#)

¹⁵⁷ Tiihonen *et al.* (2017). [Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia](#)

¹⁵⁸ Lähtenvuo *et al.* (2018). [Real-world Effectiveness of Pharmacologic Treatments for the Prevention of Rehospitalization in a Finnish Nationwide Cohort of Patients With Bipolar Disorder](#)

¹⁵⁹ Taipale *et al.* (2018). [Comparative Effectiveness of Antipsychotic Drugs for Rehospitalization in Schizophrenia-A Nationwide Study With 20-Year Follow-up](#)

¹⁶⁰ Pappa, Mason (2020). [Partial compliance with long-acting paliperidone palmitate and impact on hospitalization: a 6-year mirror-image study](#)

süstitava antipsühhootilise atüüpilise ja tüüpilise depooravi tagama. Seetõttu on teenuseosutajad tihti valiku ees: kas teha umbes kaheksa ambulatoorset vastuvõttu või tagada ühele patsiendile üks kuu atüüpilist süstitavat depooravi. Samas maksab üks akuutpsühhiaatria voodipäev (246,71 eurot)¹⁶¹ umbes sama palju kui üks kuu ühe patsiendi süstitavat atüüpilist depooravi (254,21 eurot)¹⁶².

Süstitav depooravi on Eesti Haigekassa teenuste loetelus teenusena olemas¹⁶³. Üks võimalikke lahendusi on puuduliku ravisoostumusega, krooniliste vaimse tervise probleemidega inimeste jaoks see, et süstitavat depooravi pakutakse ka esmatasandi tervisekeskuses, kus on olemas vastav pädevus. See võimaldaks tagada teenuse kättesaadavuse väljaspool tõmbekeskusi. Teine alternatiiv oleks süstitava depooravimi lisamine Eesti Haigekassa soodusravimite nimekirja klausliga, et inimesele manustatakse ravimit tervishoiutöötaja poolt.

Psühhiaatrilises ravis vajalike ravimite kättesaadavuse puhul on probleemiks ka laste raviks sobilike ja vajalike väikeste ravimiannuste puudumine ning erinevate manustamisvormide piiratud kättesaadavus. Eelkõige on selle põhjuseks Eesti väiksus, mis omakorda mõjutab ravimite müügilahojdajate huvi spetsiaalselt lastele mõeldud psühhiaatrilisi ravimeid sisse tuua. Seetõttu tuleb analüüsida erinevaid lahendusi, kuidas parandada psüühikahäirete ravis vajalike ravimite kättesaadavust Eestis.

Psühhiaatrilist abi vajavad ka vanglasüsteemis viibivad inimesed. Vangla on kinnipidamisasutus, mille eesmärk on maandada kinnipeetavate kuritegeliku käitumise riskifaktoreid muu hulgas prosotsiaalsete oskuste omandamise kaudu. Seetõttu vajavad vanglas viibivad inimesed ambulatoorset psühhiaatrilist abi, mis on võrreldav ja sama kvaliteeditasemega kui vanglaväline abi. **Vangla on kontrollitud keskkond, kus on võimalik ravida psüühikahäireid, sealhulgas sõltuvushäireid, mis on soodustanud inimese õigusvastast käitumist.** Selleks peab vanglates olema tagatud ambulatoorne psühhiaatriline abi, mis vastab tänapäevastele ravinõuetele ja inimõigustele. Vangla, **omades tervishoiuteenuse osutamise luba**, on tavaline tervishoiuteenuse osutaja, mis muu hulgas konkureerib võrdselt teiste tervishoiuteenuse osutajatega samale psühhiaatrite ajaressursile.

Rasket psüühikahäiret põdevate inimeste paremaks toimetulekuks oma kodus ning institutsionaalsete teenuste kasutamise vähendamiseks tuleb **arendada väljasõidumeeskondadel põhinevat integreeritud ravi pakkumist psühhiaatrilises abis.** Tegemist on multidistsiplinaarsete meeskondadega, kuhu kuuluvad psühhiaater, vaimse tervise õde, kliiniline psühholoog, tugiisik, sotsiaaltöötaja, kogemusnõustaja jt, kelle ülesanne on vajaduse korral rakendada kiireid sekkumisi, mis takistavad rasket psüühikahäiret, näiteks skisofreeniat põdeva inimese vaimse tervise halvenemist selliselt, et ta satub haiglasse. Eriti oluline on arendada teenust maapiirkondades, kus juurdepääs ambulatoorsele psühhiaatrilisele abile sõltub kohalikust ühistranspordi korraldusest. Praegu on väljasõidumeeskondade teenus kättesaadav vähesel määral lastele Eesti Haigekassa rahastusel. Vajalik on välja arendada väljasõidumeeskondadel põhinev integreeritud ravi pakkumine ka täiskasvanutele.

Eesmärk: tagada ambulatoorse ja konsultatiivse psühhiaatrilise abi kättesaadavus inimese elukoha läheduses, et vähendada inimeste korduvat sattumist statsionaarsele psühhiaatrilisele ravile (sealhulgas tahtest olenematu psühhiaatriline abi).

Muutuste saavutamiseks vajalikud tegevused:

¹⁶¹ [Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu](#)

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ [Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu](#). Riigi teataja, 2020

- 1) piirkondlikke erinevusi arvestades leppida kokku, milline tervishoiuteenuse osutaja või millise mudeli alusel piirkonna tervishoiuteenuse osutajad koos võtavad vastutuse oma piirkonna elanikele ambulatoorse psühhiaatrilise abi osutamise eest;
- 2) arendada ja rakendada haiglates konsultatiivset psühhiaatrilist abi kui interdistsiplinaarset teenust kehaliste haiguste ravis, et leevendada kehaliste haigustega inimeste vaimse tervise probleeme;
- 3) arendada piirkondlikku võrgustiku koostööd haridus-, hoolekande-, lastekaitse-, õigus- ja tervishoiuvaldkonna vahel, et tõhustada varajast märkamist (sh ennetada esmast psühhoosi) ning teha inimestele vajaduspõhine abi paremini kättesaadavaks;
- 4) laiendada valideeritud ja kohandatud skriininginstrumentide valikut, et hinnata vaimse tervise seisundit;
- 5) kirjeldada psüühika- ja käitumishäirete ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste kvaliteedistandardeid;
- 6) jätkata maakondliku tervisekeskuse mudeli paindlikku juurutamist, et parandada ambulatoorse psühhiaatrilise abi ja teiste vaimse tervise teenuste kättesaadavust;
- 7) jätkata mobiilse väljasõidumeeskonna teenuse väljaarendamist, et laiendada seda täiskasvanud raske psüühikahäirega inimestele;
- 8) analüüsida psühhiaatrilises ravis vajalike ravimite kättesaadavust Eestis;
- 9) tagada vaimse tervise spetsialistide välja- ja täiendõpe, et tagada nende piisav arvuline olemasolu teenuste pakkumiseks üle Eesti.

2.5. Spetsialiseeritud statsionaarne psühhiaatriline abi haiglates

Kaasaegne psühhiaatria on võtnud suuna liikuda institutsioonipõhistelt teenustelt kogukonnapõhise vaimse tervise ravi suunas, mis tähendab psühhiaatriliste patsientide suuremat integreeritust ühiskonda ja nende tööturule tagasipöördumise soodustamist. Siiski jääb alati teatud osa raske psüühikahäirega inimesi, kes vajavad institutsionaalseid teenuseid, et tagada nende endi turvalisus ja ravi.

Eesti Haigekassa andmetel moodustavad psühhiaatrilise abi vajajad suhteliselt homogeense rühma, st samad patsiendid vajavad ravi aastast aastasse. Aastas nõustuvad psühhiaatrid ligikaudu 93 000 inimest, kellest umbes 27 000 on uued juhud. Ligi 11 000 inimest, kes on aastast psühhiaatrit konsultatsiooni saanud, vajab omakorda statsionaarset psühhiaatrilist abi ning nendest umbes 2200 vajab tahtest olenematut psühhiaatrilist abi. Keskmiselt viibitakse haiglas umbes 21 voodipäeva.

Statsionaarse psühhiaatrilise ravi sihtrühm on psüühikahäirega inimesed, kes vajavad keerulist ja jälgimist nõudvat diagnostikat või ravi, tahtest olenematut psühhiaatrilist abi või psühhiaatrilist sundravi.

Olulisemad seisundid, mille käsitlusel on haiglaravi määrava tähtsusega:¹⁶⁴

- ägedate psühhooside diagnostika ja ravi;
- raskekujuliste meeleoluhäirete ravi;
- raskekujulise skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häirete ravi;
- suitsiidiohtlike seisundite ravi;
- keerulisemate ärevusseisundite ravi;
- tüsistunud võõrutusseisundite ravi;
- söömishäired;
- muud jälgimist ja kiiret sekkumist vajavad psüühika- ja käitumishäired.

Eestis on 100 000 elaniku kohta 53,4 psühhiaatrilist voodit¹⁶⁵. Euroopa Liidu keskmine on 73 ning pooltes EL-i riikides on voodikohti üle 80¹⁶⁶. Kõigist haiglavooditest moodustavad psühhiaatriavoodid EL-is keskmiselt 14% ja Eestis 10% ning viimase kümne aasta jooksul on need numbrid püsinud muutusteta. Psühhiaatriliste voodite arv on otseses seoses ambulatoorse psühhiaatrilise abi ning muude toetavate vaimse tervise teenuste kättesaadavusega ühiskonnas – mida haiglateskem korraldus, seda rohkem psühhiaatrilisi voodeid. Maailmas tervikuna (sh Euroopas) on suundumus muuta haiglateskne kroonilise vaimse tervise probleemiga inimeste käsitlus inimkeskseks. See tähendab, et kroonilise psüühikahäirega inimesele pakutakse esmajoones abi ja toetust tema koduses keskkonnas. Majanduslikult asendatakse kallimad tervishoiuteenused odavamate teenustega, mis omakorda võimaldab pakkuda abi rohkematele abivajajatele, samuti lüheneb ravipäevade arv ning vajadus rohkema voodiresursi järele.

Statsionaarsel psühhiaatrilisel abil on oluline roll krooniliste psüühikahäirete tagasilangust ennetava ravina. Oluline on, et **spetsialiseeritud statsionaarset abi saaksid inimesed, kes seda vältimatult vajavad**. Praegu toimiv vaimse tervise teenuste süsteem siiski võimaldab taolistel inimestel lõppkokkuvõttes statsionaarset psühhiaatrilist abi saada, kuid mõne inimese jaoks on tegemist nn lõppsadamaga. Selleks, et seda ennetada, tuleb arendada vaimse tervise teenuste süsteemi eelnevaid tasemeid.

Tõusvas trendis on ka söömishäired, mis on Eestis alakäsitletud. Söömishäired on ühed raskemad psüühikahäired, mille levimuseks maailma populatsioonis pakutakse kuni 8,4%

¹⁶⁴ Psühhiaatria arengukava. Avaldamata tööversioon. Eesti Psühhiaatrite Selts, 2020

¹⁶⁵ Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [Tervishoiu ressursid ja nende kasutamine](#).

¹⁶⁶ Eurostat. [Psychiatric care beds in hospitals](#).

(3,3–18,6%) naistest ja 2,2% (0,8–6,5%) meestest¹⁶⁷. Paraku on söomishäirete puhul paranemisprognoos alla 50% (anoreksia). Samuti iseloomustab seda häiret psüühikahäiretest suurim suremus (3–12%; anoreksia)¹⁶⁸. Näiteks tuleb erialakirjanduse kohaselt noorukeid, kes järgivad väga ebatüüpilist või piiravat dieeti, hinnata võimaliku toitumishäire suhtes. Söomishäired on valdkond, mis võiks vajada erialaspetsialistide arvates lisaressurssi ja senisest suuremat voodifondi.

Eestis on tervishoiuteenustena eristatud akuutpsühhiaatria, laste ja noorukite psühhiaatria ning psühhiaatrilise sundravi rahastamine. Muude psühhiaatriliste seisundite statsionaarne abi on ravikindlustatud isikute puhul haigekassa rahastuse korral võrdsustatud sisehaigustega. Siiski näitavad muutused mujal maailmas, et tekkimas on vajadus spetsialiseeritud osakondade järele. Eelkõige puudub see noorukeid (vanuses 16–26) ja vanemaelisi.

Psühhiaatrias statsionaarse abi rahastamisel selle sisehaiguste voodipäevaga võrdsustamise nõrgaks küljeks on see, et see ei arvesta psühhiaatrias vajalike turvanõuete ning teraapiaks vajalike ruumide ja vahendite kulu erinevusega. Haiglate töökorraldus ja spetsiifilise psühhiaatrilise teenuse kirjeldus koos kulumudeliga ei ole üks ühele taandatav. Põhjuseks on asjaolu, et teatud diagnooside ravis tuleb luua eritingimused ruumide, personali ja kasutatavate vahendite (ravimid, teraapiavahendid) jaoks, mis koos kulumudeliga võimaldab ka seda teenust rakendada. Kõige suurem mure on statsionaarses psühhiaatrilises abis vajalik nn mittemeditsiiniline personal – tegevusjuhendajad, tegevusterapeutid, sotsiaaltöötajad jne. Tegemist on tugispetsialistidega, kellel pole võimalik pakkuda tänapäevast tõenduspõhist psühhiaatrilist abi.

Eesti Haigekassa andmetel vajab tahtest olenematut psühhiaatrilist abi aastas keskmiselt 2200 patsienti, neist 10% on mittekindlustatud patsiendid. Keskmise voodipäevade arv tahtest olenematu psühhiaatrilise abi ühe ravijuhu kohta on 16–17 voodipäeva. Eesti Haigekassa andmetel on voodipäevade vajadus aastati vähesel määral vähenenud, teenust vajavate inimeste arv on jäänud samaks, kuid ravijuhtude arv ja kulud on kasvanud. Inimesed on sagedamini, kuid järjest lühemat aega tahtest olenematul psühhiaatrilisel ravil¹⁶⁹. Lühiajalised tahtest olenematu psühhiaatrilise abi ravijuhud on eelkõige seotud sõltuvushäiretega.

Statsionaarse psühhiaatrilise abi kättesaadavuse seisukohalt on problemaatilised kaks piirkonda – Harjumaa (sh Tallinn) ja Ida-Virumaa. Harjumaa probleemkohaks on teeninduspiirkonna suurus (ca 700 000 inimest). Ida-Virumaal osutab SA Ahtme Haigla statsionaarset psühhiaatrilist abi, kuulumata haiglavõrgu arengukava haiglate¹⁷⁰ hulka, mis annab riigile garantii, et konkreetsetes piirkonnas on tagatud teenuse järjepidev ja katkematu osutamine. SA Ida-Viru Keskaigla, mis on haiglavõrgu arengukava haigla, on koostöös SA Ahtme Haiglaga alustanud endal psühhiaatrilise abi väljaarendamisega.

Statsionaarse psühhiaatrilise abi osutamise üle teeb riiklikku järelevalvet mitu institutsiooni – Terviseamet, õiguskantsler (väärkohtlemise ennetamise raames), kohus (tahtest olenematu psühhiaatrilise abi ja psühhiaatrilise sundravi). Ka Eesti Haigekassa teeb psühhiaatrilises abis kliinilisi auditeid. Selleks, et parandada psühhiaatrilise abi osutamist tervikuna, oleks vaja

¹⁶⁷ Galmiche *et al.* (2019). [Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review](#)

¹⁶⁸ Smink, Hoeken, Hoek (2012). [Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. Current Psychiatry Reports](#)

¹⁶⁹ [Akuutpsühhiaatria \(tahtest olenematu ravi korral\) teenusel viibivate orgaaniliste psüühikahäirete -, skisofreenia ja psühhooaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäiretega patsientide ravi kvaliteet](#). Eesti Haigekassa, 2020

¹⁷⁰ Haiglavõrgu arengukava eesmärk on tagada tervishoiuteenuste ühtlane kättesaadavus Eestis. Selleks on Vabariigi Valitsus kinnitanud nimekirja piirkondlikest haiglatest, keskhaiglatest, üldhaiglatest, kohalikest haiglatest ja taastusravihaiglatest, kellel on kohustus tagada tervishoiuteenused teatud Eesti piirkonnas. Ida-Virumaal tagab statsionaarse psühhiaatrilise abi kättesaadavuse haigla, kellel taoline kohustus puudub.

süsteemsemalt korraldada ja teha just kliinilisi auditeid, et parandamist või arendamist vajavaid probleemkohti paremini analüüsida.

Kohtupsühhaatria (ingl *forensic psychiatry*) all mõistetakse meditsiinilist eriala, mille tegevusvaldkond jääb psühhaatria ja õigusteaduse piirimaile. Eestis kuuluvad kohtupsühhaatria valdkonna regulatsioonid Justiitsministeeriumi haldusalasse, kuid Sotsiaalministeerium korraldab raviteenuste osutamist ning vastava pädevusega spetsialistide riikliku tellimuse ettevalmistamist. Kohtupsühhaatria valdkonda koordineeritakse mitme sektori kaudu ning sageli puudub ühtne lähenemine. Seetõttu võib vaimse tervise probleemidega inimesel esineda vajaliku abi saamisega vajakajäämisi. Eriti killustunud on süsteem rasket psüühilist haigust põdevate ohtlike inimeste mittevabatahtliku ravi ja teenuste puhul. Näiteks on kriminaalmenetluse seadustiku § 395¹ lõike 1 kohaselt psühhaatrilise sundravi kohaldamise menetlusele allutatud isiku vahistamine tõkend, mis seisneb isikult kohtumääruse alusel vabaduse võtmises ja selle alusel vangla meditsiiniosakonnas või psühhaatria tervishoiuteenust osutavas haiglas kinnipidamises kuni isiku suhtes psühhaatrilise sundravi kohaldamise määruse jõustumiseni või sama paragrahvi lõikes 2 nimetatud vahistamise aluste äralangemiseni. Tegemist on inimestega, kes põevad kroonilist psüühikahäiret, kuid ei vaja vahistamise hetkel haiglaravi. Ühelgi statsionaarseid psühhaatrilise abi teenuseid osutaval tervishoiuteenuse osutajal ei ole vastavaid tingimusi ega personali vahistamise kui tõkendi rakendamiseks. Haiglatel puudub seetõttu ressursid tagada seal viibivatele teistele inimestele turvaline keskkond. Vajab otsustamist, kas siiski on vajalik ja mõistlik taolise taristu väljaarendamine statsionaarses psühhaatrilises abis. Probleemkoht on ka kohtupsühhaatrilise ekspertiisi tegemiseks vajalik taristu ning personal, samuti puudub selgus, mis on kohtupsühhaatrilise ekspertiisi sisu kvaliteedinõuded ning kelle pädevusse kuulub järelevalve kohtupsühhaatriliste ekspertiiside kvaliteedi üle¹⁷¹.

Kui vaimse tervise probleemidega inimesed ei saa ravi või õiget teenust õigel ajal, võtab nende tervenemine kauem aega. Selle tagajärjel süveneb nende ohtlikkus ning ühiskondlik turvatunne väheneb, kuna raskete psüühiliste häiretega inimesed viibivad ilma järelevalveta vabaduses. Sotsiaalministeeriumi tellimusel valmis 2017. aastal psühhaatrilise sundravi kliinilise kvaliteedi hindamise audit¹⁷², kus auditeerijad tegid eri osapooltele soovitusi kohtupsühhaatria valdkonna arendamiseks. Muu hulgas pöörasid auditeerijad tähelepanu sellele, et psühhaatrilise sundravi osakond vajab uusi ja kaasaegseid ruume, mis aitaksid märgatavalt parandada teenuse kvaliteeti ning suurendada patsientide ja personali turvalisust. Parim lahendus oleks täiesti uus, moodsate ja turvaliste ruumilahendustega ehitised, mis koosneks 5–8 väiksema suurusega osakonnast. Lisaks tehti soovitus töötada välja psühhaatrilise sundravi kvaliteedinõuded, leides tasakaalu osutatava teenuse komponentide/nõuete ja teenuse osutamisega seotud kulude vahel.

Erialaspetsialistid on välja toonud, et praegu puudub spetsiaalne teenus ravimatu seisundiga inimestele, kes vajavad kontrollitud keskkonda endaga toimetulemiseks. Näiteks puudub statsionaarne erihoolekandeteenus endale ja teistele ohtlike orgaanilise ajukahjustusega vaimse tervise probleemidega inimeste jaoks.

Probleemkohaks on ka vananenud sisuga psühhaatrilise abi seadus, milles vajavad täpsustamist eelkõige põhiõiguste piiranguid (nt piiratud teovõimega inimese õigus ilma eestkostja nõusolekuta pöörduda psühhaatrilisele ravile¹⁷³) ja kohtupsühhaatriat¹⁷⁴ puudutavad sätted. Lahendamist vajab mõjutusvahendite kohaldamine sellistele patsientidele, kelle tervises seisundile puudub ravi, kuid kes vajavad kontrollitud keskkonnas viibimist.

¹⁷¹ Ettepanekud kohtupsühhaatria valdkonna korrastamiseks ja kaasajastamiseks. VV memorandum, Justiitsministeerium, 2020

¹⁷² [Psühhaatrilise sundravi kliinilise kvaliteedi hindamine. Sotsiaalministeerium, 2017](#)

¹⁷³ [Psühhaatrilise abi seaduse § 3 täiendamise seadus 115 SE](#)

¹⁷⁴ Ettepanekud kohtupsühhaatria valdkonna korrastamiseks ja kaasajastamiseks. VV memorandum, Justiitsministeerium, 2020

Eesmärk: tagada spetsialiseeritud psühhiaatrilise abi ulatuslikum kättesaadavus, arvestades erinevate vajadustega sihtrühmi. See aitab vähendada vaimse tervise häirega inimeste häbimärgistamist ning aidata neil naasta ühiskonda täisväärtuslike kodanikena.

Muutuste saavutamiseks vajalikud tegevused:

- 1) lähtuvalt piirkondlikest eripäradest arendada spetsialiseeritud osakonnad või voodid geriaatrilises, noorukite, söömishäirete ja mitmikdiagnooside psühhiaatrias;
- 2) tegeleda piirkondliku kättesaadavuse parandamisega (sh kinnistes asutustes), muu hulgas analüüsida ja rakendada motivatsioonipakette, et piirkonniti ühtlustada psühhiaatrilise abi kättesaadavust;
- 3) uuendada psühhiaatrilist abi reguleerivaid õigusakte ja kvaliteedinõudeid, leides tasakaalu osutatava teenuse komponentide/nõuete ja teenuse osutamisega seotud kulude vahel;
- 4) parandada psühhiaatrilise sundravi osakonna füüsilist keskkonda. Sundravi osakond vajab uusi ja kaasaegseid ruume, mis aitaksid kaasa teenuse kvaliteedi paranemisele ning patsientide ja personali turvalisusele. Parim lahendus oleks täiesti uus, moodsate ja turvaliste ruumilahendustega ehitised, mis koosneb 5–8 väiksema suurusega osakonnast;
- 5) tagada vastavate vaimse tervise spetsialistide piisav arvuline olemasolu ning nende välja- ja täiendõpe.

2.6. Vaimse tervise huvikaitse edendamine

Sihtrühma huvikaitse ehk eestkoste (ingl *advocacy*)¹⁷⁵ on erinevate teenuste osutamise kõrval kolmanda sektori üks peamistest tegevustest ühiskonnas. Huvikaitse on tavaliselt läbi põimunud organisatsiooni muu tegevusega, näiteks eriala arendamise ja teenuse osutamisega oma sihtrühmale (nt kogemusharjutamine või psühhoharimine).

Süsteemse huvikaitsega tegeledes mõjutab organisatsioon kedagi teist – Riigikogu, valitsust või kohalikku võimu, aga ka mõnda äriühingut – tegutsema oma sihtrühma huvides, näiteks vaimse tervise küsimustes. **Suhetes avaliku võimuga tähendab huvikaitse sisuliselt poliitika (ingl *policy*) kujundamises osalemist.**¹⁷⁶

Vaimse tervise valdkonna üldine killustatus on mõjutanud ka valdkondlikku huvikaitset. Riigi jaoks on oluline nii üldisem vaimse tervise huvikaitse edendamine kui spetsiifiliste teenuste saajate või muude rühmade huvide esindamine, sealhulgas on oluline erinevate (riiklike, era-) teenuste efektiivne lõimimine ühtsesse ennetus- ja ravisüsteemi. Vaimse tervise huvikaitse on tõhus viis, et arendada ja toetada valdkonna poliitikat, teenuste kujundamist, arendamist ja pakkumist, teenusekasutajate õigusi, teenuseosutajate koolitamist ja teadlikkuse suurendamist.¹⁷⁷

Kui organisatsioon tegeleb ka teenuse arendamise ja osutamisega, annab selline tegevus huvikaitse edendamiseks lisainfot tegeliku olukorra kohta. See omakorda suurendab oluliselt organisatsiooni usaldusväarsust ning kandepinda oma sihtrühma huvide esindamisel.

Huvikaitsega tegelevatelt organisatsioonidelt oodatakse nende legitiimsust. Organisatsioon on oma sihtrühma huvide kaitsel legitiimne, kui ta vastab järgmistele tingimustele:

- Organisatsiooni tegevus **on seaduslik** (kriteerium 1). Organisatsioon on asutatud juriidilise isikuna ning on registreeritud ja tegutseb riigis kehtestatud õigusaktide alusel.
- Organisatsiooni tegevus **on vastuvõetav** (kriteerium 2). Organisatsioon väärtustab oma tegevuses ühiskonna üldisi väärtusi – demokraatia, sallivus, inimõigused jne.
- Organisatsioonil **on toetus** (kriteerium 3). Üldiselt mõeldakse selle all organisatsiooni liikmeskonda. **Patsiendiorganisatsioonide puhul on nõutav, et liikmeskonna moodustavad patsiendid ise, nende hooldajad või patsientide seaduslikud esindajad, kui patsiendid ise ole võimelised oma tervises seisundi tõttu ennast esindama.**¹⁷⁸
- Organisatsioonil **on pädevus** (kriteerium 4). Sisuliselt tähendab see ekspertiisisuutlikkust, oma valdkonna põhjalikku tundmist nii Eesti kui maailma mastaabis, kogemust, vahetut kontakti sihtrühmaga ning selle abil saadud infot, mida teistel ei ole.
- Organisatsioonil **on saavutused** (kriteerium 5). Üks tähtsamaid argumente on see, kui organisatsioon suudab näidata, et tal on lisaks heale tahtele oma tegevusega ette näidata ka reaalselt lahendatud küsimusi või ta on näiteks muutnud ühiskonda paremaks. Oluline on ka protsess ise, kuidas see muutus või tulemus saavutati. Hinnatakse, kas see on olnud läbipaistev, avatud, eetiline, õiglane jne.
- Organisatsiooni tegevus **on läbipaistev** (kriteerium 6). Organisatsioon peab avalikustama, kes ja kuidas on nende tegevust rahastanud või toetanud. Samuti peab organisatsioon avalikustama oma majandusaasta aruande.¹⁷⁹

Tihti unustatakse vaimse tervise teenuste arendamisel teenusekasutajate ja nende lähedaste huvid. Seetõttu on äärmiselt vajalik ka vaimse tervise probleemidega inimeste huvikaitse

¹⁷⁵ Kübar (2011). [Hea huvikaitse. Kuidas kaasata liitlasi ja mõjutada otsuseid. Käsiraamat vabaühendustele](#). Tallinn, EMSL

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ Hann *et al* (2015). [Factors for success in mental health advocacy](#)

¹⁷⁸ [European Patients' Forum Constitution](#). European Patients Forum, 2010

¹⁷⁹ *Ibid.*

edendamine. See võimaldab vähendada vaimse tervise probleemidega inimeste häbimärgistamist ja diskrimineerimist, edendada inimõigusi ning tõstatada muid ühiskonnas probleemseid teemasid. Üks võimalus oma huvide kaitseks, aga ka oma õiguste kaitse edendamiseks on vaimse tervise probleemidega inimestel ja nende lähedastel koonduda vabauhendustesse. See võimaldab olla kaasatud otsustusprotsessidesse, mis toetavad ka tervishoiusüsteemi arenemist patsiendikesksemaks.

Inimkesksus parandab ravi kvaliteeti, avaldab positiivset mõju inimese tervisele ja suurendab tema rahulolu raviga¹⁸⁰. Lihtsustatult võtab inimene senisest suurema vastutuse viia end kurssi erinevate ravivõimalustega, osaleb valikute tegemisel ning järgib kokkulepitud ravi, muutes vastavalt oma hoiakuid, käitumist ja igapäevaseid toimetusi. Tervishoiutöötaja võtab patsienti kui oma võrdset partnerit, kellega koostöös püütakse leida parim lahendus patsiendi tervisemurele.

Uuringud on näidanud, et inimese ja tema poolt usaldatud lähedase kaasamine raviprotsessi on haiguste ravis tulemuslikum viis kui lihtsalt haiguse ravimine arsti poolt. Sotsiaalministeerium tegi aastatel 2015–2016 analüüsi¹⁸¹, millest selgus, et Eestis puudub psüühikahäirega inimesi ja nende lähedasi koondav huvikaitseorganisatsioon. Mitmed uuringud eri valdkondades toovad tõendusmaterjalilt esile kogemusnõustajate kaasamise tulemuslikkuse, näiteks selle, et see pakub sotsiaalset tuge, kogemuslikke teadmisi ja informatsiooni, sotsiaalse õppimise ja võrdluse võimalust. Kogemusnõustamise teenuse osutamise soodustatakse keerulisse elusituatsiooni sattunud inimeste ja nende lähedaste omavahelist suhtlemist, kriisisituatsiooni leevendamist ning aidatakse kaasa samalaadse kogemusega inimeste tugivõrgustike loomisele.¹⁸²

Aastal 2012 loodi Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudi (ERSI) eestvedamisel ja Sotsiaalministeeriumi toetusel **Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon (VATEK)**. See on avalikes huvides tegutsev seltsing, mis seob endas Eesti vaimse tervise valdkonna organisatsioone (2019. a lõpus ligi 60 liiget). VATEKi peamine siht on laiem huvikaitse Eesti elanikkonna vaimse tervise ja heaolu edendamise ning vaimse tervise ja heaolu poliitika arendamise kaudu.

MTÜ Peaasjad eestvedamisel ja toel alustas 2017. aastal **Eesti Noorte Vaimse Tervise Liikumine (ENVTL)**, mis tegeleb noortele suunatud teabetöö ja huvikaitsega. ENVTLi liikmeteks on eelkõige haavatava sihtrühma esindajad. Eesmärk on, et iga Eesti noor kasvaks üles vaimset tervist toetavas keskkonnas.

2016. aastal asutati MTÜ Elu Dementsusega, mille liikmeid ühendab tahe muuta dementsusega inimeste ja nende lähedaste elu Eestis inimväärseks.

Nimetatud huvikaitsega tegelevate organisatsioonide tegevuse ulatusest on siiski väljas **täisealisi psüühikahäirega inimesi ja nende lähedasi koondavad organisatsioonid**, mis vastaksid eespool loetletud huvikaitseorganisatsiooni kriteeriumitele. Kõige suurem probleem on eespool viidatud kriteeriumitest kolmanda täitmise, sest vaimse tervise probleemid on jätkuvalt stigmatiseeritud.

2019. aastal otsustas Sotsiaalministeerium muuta hasartmängumaksust (varem Hasartmängu Nõukogu vahendusel) rahastatavate huvikaitseorganisatsioonide rahastamise printsiipi. Eesmärgiks seati leida riigile strateegiline partner psüühikahäirega inimeste huvikaitse edendamiseks, mida hakkab esialgu ellu viima SA Eesti Puuetega Inimeste Fond.

¹⁸⁰ Lisa 8 inimkeskse tervishoiu programm. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Tööversioon.

¹⁸¹ Ots-Vaik (2016). Patsiendi esindusühingud Eestis. Avaldamata ülevaade. Sotsiaalministeerium

¹⁸² [Kogemusnõustamise teenus – soovituslik juhend](#). Sotsiaalministeerium

Eesmärk: olemas on ühtsed põhimõtted, mille tulemusel on huvikaitsetegevused poliitikaülesed, teaduspõhised ja järjepidevalt rahastatud.

Muutuste saavutamiseks vajalikud tegevused:

- 1) leppida vaimse tervise huvikaitseorganisatsioonide ja riigi vahel kokku selged ootused ja põhimõtted vaimse tervise strateegiate tulemuslikuks rakendamiseks ning kaasata vaimse tervise probleemidega inimesed eri otsustustasanditele, toetudes kaasamise heale tavale¹⁸³;
- 2) arendada koostööd meediaga, et suurendada üldist teadlikkust vaimsest tervisest ja vähendada häbimärgistamist tulemuslike meetmete abil;
- 3) leppida kokku vaimse tervise huvikaitseorganisatsioonide ühtsed rahastamise reeglid, et tagada järjepidev ja süsteemne (tugi)teenuste kättesaadavus ning nende arendus.

¹⁸³ [Kaasamise hea tava](#). Riigikantselei, 2012

3. Spetsialistide ressurs

Vaimse tervise alased uuringud ja statistika näitavad, et vajadus vaimset tervist toetavate teenuste järele kasvab märgatavalt¹⁸⁴. Teenuste süsteemi toimimise ja jätkusuutlikkuse tagamiseks on vaja piisavat arvu asjakohase väljaõppega spetsialiste. Vaimse tervise valdkonnas töötavate ja teenust osutavate spetsialistide ring on lai, hajutatud tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna alla, ning statistika on ebatäielik. See teeb nii olemasoleva ressursi kui ka täiendava tööjõuvajaduse hindamise ülesande keerukaks.

Üks võimalus vaimset tervist toetavate spetsialistide ressursi kirjeldamiseks ja tööjõuvajaduse hindamiseks on kasutada sarnast kategoriseerimist teenuste osutamise püramiidiga (vt joonis 15).



Joonis 15. Vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenustega seotud spetsialistide rühmad
Allikas: Sotsiaalministeerium, 2020

Inimene kui oma vaimse tervise spetsialist

Universaalse vaimse tervise edendamise võtmes on iga **indiviid** oma vaimse tervise parim spetsialist. Inimene saab ise panustada vaimse tervise hoidmisse ja probleemide ennetusse. Inimese oskused ja teadmised vaimse tervise hügieenist on olulised vahendid, et ennetada vaimse tervise probleeme või nende süvenemist ning elada oma elu õnnelikult ja tulla toime stressi ja kriisiolukorraga. Inimesi toetab sotsiaalsete oskuste ja vaimse tervise esmaabi võtete laiapõhjaline ea- ja intellektikohane elukaareülene õpetamine. Inimeste oskuste järjepidev arendamine võib avaldada olulist mõju spetsialistide tööjõuvajadusele püramiidi ülemistel astmetel.

Võimestajad ja sidustajad

Püramiidi teise tasemena saab välja tuua nn **võimestajate ja sidustajate** rühma. **Võimestajad** on inimesed, kellel on roll inimeste arengu kujundamisel ja eneseteostuseks eelduste loomisel – lapsevanemad ja teised lapsi kasvatavad inimesed, lasteaiaõpetajad, õpetajad, õppejõud, treenerid, tööandjad ja juhid töökeskkonnast jpt. Laste ja noortega

¹⁸⁴ Vt olukorra kirjeldust

tegelevate võimestajate teadlikkus vaimsest tervisest, pedagoogilised oskused ja hoolivus on aluseks, et lapsest ja noorukist saab kujuneda täiskasvanu, kelle potentsiaal saab täiel määral avaneda. Kuna enamik täiskasvanuid osaleb ühel või teisel moel tööelus ja enamasti kellegi alluvana, on nende juhtidel oluline roll selles, kas ja kuidas saavad inimesed oma võimeid töösuhtes realiseerida. Võimestaja oskamatus või tema enese kimpus olek vaimse tervisega võib kaasinimestele hoopiski kahju tuua. Seevastu suurepärase oskused ja teadmised aitavad inimestel oma potentsiaali täielikult rakendada. Võimestajate süstemaatiline harimine vaimse tervise teemadel ja nende oskuste järjepidev kujundamine (nt konfliktide juhtimisel) aitab toetada hea vaimse tervisega ühiskonna kujunemist. Võimestajate hulka on liigitatavad ka inimesed, kes õpetavad ennetavaid tehnikaid enesejuhtimiseks ning enese vaimse heaolu hoidmiseks ja tõhusaks toimimiseks.

Sidustajad on enamasti nn sädeinimesed, kelle eestvedamisel kaasatakse ühiskonnaliikmeid tegevustesse, mis pakuvad eneseteostust ja tähendust. Sidustaja on ühiskondlikult aktiivne kogukonna liige, kes osaleb aktiivselt kogukonna tegemistes, panustab kogukonna tegemistesse vabatahtlikult, on kaasamisvõimega eestvedaja ja ideede generaator ning aitab oma tegevusega kaasa kogukonna positiivsele arengule. Sidustajad veavad huviringe ja seltsinguid, korraldavad kogukonnas spordiliikumisi, koorilaulu ja tantsurühmi või elavdavad muul moel kultuurielu ning muudavad kogukonna sotsiaalselt sidusamaks. Sidustajatel on oluline roll kogukonnaliikmete üksindustunde leevendamisel ja tähendusrikaste inimsuhete kujunemise soodustamisel.

Ühiskondlikult on oluline luua soodsad eeldused (nt vähese bürokraatiaga maksukeskkond) sidustajate tegutsemiseks ning soodustada baasteadmiste omandamist vaimset tervist toetava keskkonna kujundamiseks ja sotsiaalsete oskuste arendamist.

Esmased abistajad väljaspool tervishoiusüsteemi

Esmased abistajad väljaspool tervishoiusüsteemi on kogukonna tasandil teenuseid osutavad ja sekkumisi pakkuvad eri elukutsete esindajad. Nende hulka kuuluvad näiteks sotsiaal- ja lastekaitsetöötajad, sotsiaal- ja eripedagoogid, ohvriabi spetsialistid, tugiisikud, kogemusnõustajad, tegevusjuhendajad, noorsoo- ja piirkonnapolitseinikud, kaplanid jpt. Tulemuslikuks tegutsemiseks peavad kõigi nende kutsealade esindajatel olema baasteadmised psühholoogiast ja vaimse tervise häirete spektrist ning oskused pakkuda abivajajale esmast psühholoogilist tuge. Samuti peavad nad olema informeeritud võimalustest suunata inimene vajaduse korral vaimse tervise spetsialisti poole – nende tegevusest või tegevusetusest võib sõltuda professionaalse abi õigeaegsus.

Üks esmaseid õpilaste vaimse tervise probleemide märkajaid saab olla **kooliõde**. Kui kooliõde täheldab õpilase käitumises või meeleolus vaimse tervise häire kahtlust, on esmane ülesanne lapsega rääkida probleemi analüüsida. Kooliõde peab kontakteeruma lapsevanemaga ja soovutama pöörduda esmalt perearsti vastuvõtule. Praktikas on kooliõded olemas üksnes suuremates üldhariduskoolides¹⁸⁵.

Lisaks kaudsema psühholoogilise toe pakujatele kuuluvad sellele tasandile ka psühholoogiaalase ettevalmistusega spetsialistid – psühholoogid, nõustajad, terapeutid. **Psühholoogi ja terapeudi kutseala** ei ole Eestis eraldi reguleeritud. Eesti kvalifikatsioonisüsteemi osaks olevas kutsesüsteemis on välja töötatud viis kutsestandardit: kliiniline psühholoog, spordipsühholoog, psühholoog-nõustaja, koolipsühholoog ja pereterapeut. Nimetatud psühholoogiaalase ettevalmistusega spetsialistidest liigituvad käsitletavasse rühma ehk väljaspool tervishoiusüsteemi tegutsevate esmaste abistajate hulka koolipsühholoogid, spordipsühholoogid, psühholoog-nõustajad ja pereterapeutid.

¹⁸⁵ [Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel](#). Kontrolliaruanne. Riigikontroll, 2016

Koolipsühholoogi töö eesmärk on haridusasutuses õppivate laste arengu toetamine koostöös lapsevanemate ja haridustöötajatega, kaasates vajaduse korral teiste erialade spetsialistide.¹⁸⁶ Koolipsühholoogil on oluline roll vaimse tervise probleemide ennetamisel, varajasel märkamisel ja esmasel sekkumisel.

Eestis oli 2019. aasta seisuga üldhariduskoolides tööl **226 koolipsühholoogi**¹⁸⁷. Samas ei kajasta need andmed tugispetsialiste, kelle tööandjaks on kooli pidaja või kes osutavad teenust muul alusel. Kehtiv kutsetunnistus on välja antud 51 koolipsühholoogile. Haridusvaldkonna tööjõuvajaduse uuring¹⁸⁸ toob välja vajaduse vähemalt üks psühholoog 500 õpilase kohta. Eesti Koolipsühholoogide Ühingu hinnangul on koolipsühholoogi optimaalne koormus üks täiskohaga töötaja 200–350 õpilase kohta. Selle eelduse kohaselt **peaks Eestis töötama 450–780 koolipsühholoogi**. Haridus- ja Teadusministeeriumi 2019. aasta andmete kohaselt on koolipsühholoog **39% koolides**, ülejäänud koolides korraldatakse teenuse kättesaadavus muul viisil (nt KOV-il eraldi leping psühholoogilise abi teenuse osutajaga). Koolipsühholoogide vähesuse põhjusena on esile tõstetud ebaühtlaselt jaotunud vastutust lapse heaolu eest, meeskonna puudumist, liiga suurt töökoormust ja mittemotiveerivat töötasu.

Eriala populariseerimiseks on Haridus- ja Teadusministeerium laiendanud õpetajate lähtetoetust¹⁸⁹ ka koolide tugispetsialistidele, sealhulgas koolipsühholoogidele. Samuti on koolipsühholoogidel võimalik kandideerida riiklikele hariduspreemiatele¹⁹⁰ ja haridusstipendiumile¹⁹¹. Alates 2019. aasta sügisest katsetab Tartu Ülikooli psühholoogia instituut koolipsühholoogia kutse aasta õppekava, mis on mõeldud kutse taotlemiseks vajalike kutseoskuste praktiseerimiseks pärast psühholoogia magistrikraadi omandamist.

Spordipsühholoog suunab ja toetab spordiga tegelevate inimeste, võistkondade ja organisatsioonide spordi ja liikumisharrastusega seotud eesmärkide ja potentsiaali realiseerimist, spordi kontekstis vaimse tervise probleemide ennetamist ja spordiga tegelemise abil elukvaliteedi parandamist.¹⁹² Spordipsühholoogil peab olema erialane magistrikraad ja läbitud juhendatud praktika.¹⁹³ 2018. aastal kehtima hakanud kutsestandardi alusel on välja antud kaks spordipsühholoogi kutsetunnistust. Eestis ei ole tippspordi või saavutusspordiga tegelevate inimeste vaimse tervise olukorda süstemaatiliselt hinnatud ega seetõttu ka välja selgitatud ennetustegevuste ja muude sekkumiste vajadust, mida oleks aga erialaspetsialistide arvates oluline teha.

Psühholoog-nõustaja töö on kutsestandardi kohaselt vaimse tervise probleemide tekke ja süvenemise ennetamine ning psühholoogilise heaolu ja eneseteostuse toetamine, keskendudes nii emotsionaalsetele, isiksuslikele, arengulistele, sotsiaalsetele ja tervisega seotud kui ka ametialastele ja hariduslikele teemadele. Psühholoog-nõustaja tegeleb klientidega eri sihtrühmadest ja nii individide, perede kui gruppidega ning saab töötada avalikus ja/või erasektoris tervishoiu-, sotsiaal-, haridus-, tööturu- või korrektsioonivaldkonnas. Psühholoog-nõustajal peab olema erialane magistrikraad ja läbitud juhendatud praktika.¹⁹⁴ Psühholoog-nõustaja kutsestandard kehtib 2018. aasta novembrist, esimene võimalus psühholoog-nõustaja kutse saamiseks avanes 2020. aasta teises pooles.

¹⁸⁶ [Kutsestandardid: koolipsühholoog](#). SA Kutsekoda, 2015

¹⁸⁷ Eesti hariduse infosüsteemi andmed 10.11.2019 seisuga

¹⁸⁸ Mets, Viia (2018). [Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: haridus ja teadus. Tööjõuvajaduse seire- ja prognoosisüsteem OSKA. Uuringuaruanne](#). SA Kutsekoda

¹⁸⁹ [Lähtetoetus](#). Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht

¹⁹⁰ [Riiklike hariduspreemiate kord](#). Haridus- ja Teadusministeerium, 2018

¹⁹¹ [Riiklike haridusstipendiumide ja -preemiate määramise tingimused ja kord](#). Riigi Teataja, 2020

¹⁹² [Kutsestandardid: spordipsühholoog](#). SA Kutsekoda, 2018

¹⁹³ *Ibid.*

¹⁹⁴ [Kutsestandardid: psühholoog-nõustaja](#). SA Kutsekoda, 2018

Praktikas täidavad psühholoog-nõustaja ettevalmistust eeldavaid positsioone (nt nõustamisteenuste pakkujad sotsiaalvaldkonnas ja tööturuteenuste raames, vanglapsühholoogid jt) nii psühholoogid, kelle ettevalmistus on kutse saamiseks piisav, kui ka inimesed, kelle kvalifikatsioon ei vasta loodud standardile. Kutseala esindajad võivad enda tähistamiseks kasutada erinevaid tiitleid: pereterapeut, tööpsühholoog, psühholoogiline nõustaja, psühhoterapeut (sh konkreetse teraapiameetodi viljelejana).

Kuna psühholoog-nõustaja kutsega inimesi on esimese kutse andmise vooru järel väga vähe, ei ole kutse olemasolu nõutud ka teenuste osutamist reguleerivates õigusaktides ega teenuste rahastamise tingimustes. Kutset omavate inimeste arvu kasvades on võimalik hakata ka regulatsioonides kutse olemasoluga arvestama. Sidusrühmadega on vaja kokku leppida, millistel juhtudel peaks kutse omandamine olema nõutud ning kuidas peaks kutseni jõudmine olema toetatud. Kui teatud töökohtade täitmiseks või riiklikult rahastatavate teenuste osutamisel seatakse sisse kutsenõue, on ka ootuspärane, et kutseni jõudmist rahastatakse riiklikult. Võttes aluseks kutseala laia profiili ja nähes kutseala rolli nii tervishoiu esmatasandil kui ka sotsiaal-, haridus-, tööturu- ja korrektsioonivaldkonnas, on vajadus sellise profiiliga töötajate järele mõõdetav sadades.

Kutsestandard on välja töötatud ka **pereterapeudi** kutsealale, kuid ka selle alusel ei ole kutseid veel väljastatud. Pereterapeut on magistrikraadi või sellele vastav haridusega (soovitatavalt meditsiini-, tervise-, sotsiaal- või haridusteaduse erialal) spetsialist, kes on saanud kutsealase väljaõppe ja omandanud töökogemuse. Pereterapeut rakendab pereteraapiat, s.o universaalset sekkumist, mis aitab korrastada peresuhteid, leida ressursse ja edendada oskusi efektiivsemaks toimimiseks perekonnana selliselt, et ei parane mitte ühe, vaid kõigi pereliikmete toimetulek. Pereteraapiat rakendatakse laste ja teismeliste emotsionaalsete ja käitumishäirete korral, söömis- ja sõltuvushäirete, psühhosomaatiliste probleemide ja traumaatiliste kogemuste (nt leina) korral.

Lisaks eespool nimetatud psühholoogi kutsealadele liigituvad väljaspool tervishoiuteenustena rahastatavate teenuste süsteemi tegutsevate psühholoogide-nõustajate hulka ka **tööpsühholoog, hingehoidja ja raseduskriisi nõustaja. Tööpsühholoog** on töötervishoiuspetsialist, kes aitab kaasa töötaja tervisele ohutu keskkonna loomisele, tööga seotud haigestumiste ennetamisele ning töötaja tervise ja töövõime säilitamisele.¹⁹⁵ Tööpsühholoog osutab teenuseid, mis sisaldavad psühholoogilist nõustamist ja nõustamist tööstressi vähendamiseks, psühhosotsiaalsete ohutegurite väljaselgitamist ja hindamist ning sekkumiste väljatöötamist. Vajadus tööpsühholoogide järele on järjepidevalt kasvanud, kuid väljaõpet Eestis praegu ei pakuta. 2011. aastal Tallinna Tehnikaülikoolis avatud magistriõppe töö- ja organisatsioonipsühholoogia õppekaval suleti 2016. aastal.

2019. aasta oktoobris loodi Eesti Töö- ja Organisatsioonipsühholoogide Liit (ETOP), mis koondab tööpsühholooge ja on seadnud eesmärgi töötada välja tööpsühholoogi kutsestandard.

Raseduskriisi nõustaja on erialase professionaalse väljaõppega spetsialist, kes on omandanud kõrghariduse ämmaemanduse, psühholoogia või sotsiaaltöö alal ja saanud 2,5-aastase raseduskriisi nõustaja väljaõppe. Töö eesmärk on kutsestandardi kohaselt kaitsta, toetada, taastada ja jõustada nõustatavate (pere, lähedased ja fertiilses eas naised ja mehed) emotsionaalset ja sotsiaalset heaolu ennetamiseks vaimse tervise probleemide teket või süvenemist. Nõustamise eesmärk on võimaldada optimaalset ja toimivat psühholoogilist ja psühhofüsioloogilist arengut, toetades naiste, meeste ja perede toimetulekuvõimet raseduse planeerimisel, lapseootuse ja sünnitusjärgsel perioodil.

¹⁹⁵ [Töötervishoiu ja tööohutuse seadus](#). Riigi Teataja, 2019

Töötavaid raseduskriisi nõustajaid on 12. 2014. aastal loodud kutsestandardi¹⁹⁶ alusel (standardit on uuendatud 2019. aastal) on väljastatud kümme kutsetunnistust. Lisaks on 2,5-aastases väljaõppes¹⁹⁷ (90 EAPd, lõpetamine 2021. a) 16 õppurit. Raseduskriisi nõustamise teenust rahastab praegu haigekassa saatekirja alusel projektipõhiselt. Selline tervist toetav ja edendav nõustamine leiab aset nii tervishoiuteenuse osutajate juures ravisüsteemiga integreeritult kui ka väljaspool seda, nt tervishoiuasutustest lahus tegutsevate mittetulundusühingute kaudu.

Mittekliiniliste spetsialistidena tegutsevad hoolekande- ja tervishoiusüsteemis **ka hingehoidjad**, kelle töö eesmärk on olla kannatavale/kriisis inimesele toeks tema enda vajadustest ja veendumustest lähtuvalt. Lisaks kogudustes toimuvale hingehoiutööle tegutsevad hingehoidjad regionaalsetes haiglates, õendushaiglates, vähestes hooldekodudes, hospitiisides ning vanglates. Samuti pakuvad hingehoidjad psühholoogide kõrval kriisiabi õnnetuste ja vägivalla ohvritele. Hingehoidja kuulub Eesti Kirikute Nõukogu liikmeskirikusse või Eesti Vabariigis registreeritud usuühendusse ning tal on oma kiriku/usuühenduse juhtorgani volitus või nõusolek selleks tööks¹⁹⁸. Kutsealase ettevalmistusena on hingehoidjatel teoloogiline kõrgharidus ja hingehoiualane väljaõpe. Kutsestandardi alusel on väljastatud kolm kutsetunnistust, kuid magistritasemel teolooge-hingehoidjaid on rohkem. Lisaks on Eesti saavutusspordi süsteemis loomisjärgus spordikaplani roll. Spordikaplan pakub vabatahtlikuna hingehoidlikku tuge sportlastele ja spordimeeskondadele, keskendudes inimese terviklikule heaolule. Spordikaplan võib teenida inimest ühe konkreetse spordiklubi juures või tegutseda üksikisikutega (sportlased, treenerid, spordiametnikud), sõltumata nende usulistest veendumustest. Kaplanile laienevad mitmed hingehoidja kutsele iseloomulikud nõudmised, lisaks viib ta ordineeritud vaimulikuna läbi usulisi talitusi.

Erinevates aruteludes on väljendatud vajadust ja kavatsust piiritleda teisigi kutsealasiid ja töötada välja uusi kutsestandardeid kutsealadel, mille kutsealane tegevus saab toimuda väljaspool tervishoidu. Psühhoterapeute koondavad ühendused on teinud korduvalt ettepaneku töötada välja psühhoterapeudi kutsestandard.

Esmatasandi tervishoiu osutatavate vaimse tervise teenuste komplekt on veel kujundamisjärgus, valikutest sõltub ka esmatasandil tegutsevate vaimset tervist toetavate spetsialistide vajadus ja funktsioon.

Tavapärastelt on väljaspool vältimatut abi tervishoiusüsteemi sisenemisel inimesel esmane kontakt perearstipraksises töötava **pereõe** ja/või **perearstiga** (suuremates üldhariduskoolides õppijatel võib vaheetapiks olla ka kooliõepoolne suunamine). Mõlema kutseala puhul on teadmised psüühika- ja käitumishäiretest kutse omandamisel kohustuslik komponent. Õe põhiõppes on vaimse tervise õenduse maht 9 EAP-d ehk 234 tundi. Arsti põhiõppes on psüühiaatria maht samuti 9 EAP-d, lisaks läbivad perearstid residentuuris ühekuulise psüühiaatria tsükli. Perearstile on loodud võimalus kaasata esmatasandile jääva abi osutamise raames teraapiafondi toel psühholooge. Rahastatud on kliinilise psühholoogi konsultatsioon ning psühhoteraapia, mida osutatakse individuaalselt, grupiteraapiana või pereteraapiana.¹⁹⁹

Lähitulevikus vajab sidusrühmadega kokkuleppimist, millist vaimset tervist toetavat abi peaks inimesed esmatasandil täiendavalt saama. On avaldatud arvamust, et lisaks kliinilise psühholoogi konsultatsioonide ja psühhoteraapiaga jätkamisele tuleks esmatasandile tagada tihedam sõel vaimse tervise probleemidega inimeste liikumisel spetsialiseeritud abi saama. See omakorda loob vajaduse hakata esmatasandil pakkuma psühholoogilist nõustamist ja

¹⁹⁶ [Kutsestandardid: Raseduskriisi nõustaja](#). SA Kutsekoda, 2019

¹⁹⁷ Korraldaja SA Väärtustades Elu koostöös Tallinna Tervishoiu Kõrgkooliga

¹⁹⁸ [Kutsestandardid: Hingehoidja, tase 7](#). SA Kutsekoda, 2019

¹⁹⁹ Vt [Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika](#). Riigi Teataja, 2020

oskuste õpetamist juhtudel, kui kliiniliseks sekkumiseks puudub veel meditsiiniline näidustus, kuid abivajadus on olemas (nt leina, tööstressi ja suhteprobleemide korral). Oskuste õpe ei pea olema individuaalne, vaid saab toimuda ka grupis. Täpse abivajaduse väljaselgitamise ja psühholoogilise abi pakkumise võimekuse ebaühtlus esmatasandil tingib ekspertide hinnangul spetsialiseeritud abi tasandi koormamise juhtumitega, mis ei eelda kliinilist pädevust. On esitatud hüpotees, et psühholoogilise nõustamise puudumine tervishoiusüsteemis võib soosida prekliiniliste seisundite kujunemist diagnoositavateks psüühika- ja käitumishäireteks ning selliste juhtumitega kaasnev kogukulu (ravimid, teraapia, töövõimetuskulu) tuleb riigile kallim kui nõustava iseloomuga teenuste rahastamine tervishoiusüsteemis.

Selleks, et abivajadust täpsemalt hinnata ja psühholoogilise abi pakkumist esmatasandil kavandada, tuleb kindlaks määrata selliste spetsialistide ring, kes vastavaid rolle peaks täitma hakkama. Esmase triaaži tegija ja ravi jälgija rolli on pakutud **vaimse tervise õele** (kutseala avatakse põhjalikumalt allpool). Nõustaja rolli täitma on pakutud nii **vaimse tervise õde** kui ka **psühholoog-nõustajat**. Eeldades, et tervishoiusüsteemi rahastamisel tegutsevate psühholoogide puhul on asjakohane just psühholoog-nõustaja pädevus, on põhjendatud luua võimalused (st korraldus ja rahastus), et soovijail on võimalik kutseni jõuda. Teenuste kujundamisel on kaalutluskoht see, kas psühholoog-nõustaja juurde peaks inimene saama minna omal soovil ilma suunamiseta või pereõe või vaimse tervise õe suunamisel, et jätta perearst mittekliinilistel juhtudel koormamata. Täiendavalt on vajalikud arutelud, kuidas siduda perearstiabi, kooli- ja töötervishoiu pakutavad võimalused vaimse tervise probleemide ennetamisel ja vaimse tervise edendamisel ühtseks tervikuks.

Eeldades, et vaimse tervise õe vastuvõttu on põhjendatud rakendada eelkõige suuremates, st vähemalt kuue nimistuga ehk vähemalt ca 10 000 inimest teenindavates esmatasandi tervisekeskustes, on vaimse tervise õdede vajadus esmatasandil vähemalt 60–70. Eeldades, et nõustavas rollis vaimse tervise õdesid või psühholoog-nõustajaid on vaja vähemalt üks viiekuue nimistu peale, on esmatasandil vajadus vähemalt 130–160 vaimse tervise õe või psühholoogi järele.

Spetsialiseeritud abi osutajad

Spetsialistide püramiidi tipus ehk **psühhiaatrilises abis** (nii ambulatoorne kui statsionaarne abi) aitavad inimesi diagnoositavate vaimse tervise probleemide ehk psüühika- ja käitumishäirete korral **psühhiaatrid, vaimse tervise õed ja kliinilised psühholoogid**.

Psühhiaater on eriarst, kes tegeleb psüühikahäirete diagnostika ja raviga. Erinevates dokumentides²⁰⁰ on psühhiaatrite miinimumarvuna nimetatud suhtarvu üks psühhiaater 10 000 inimese kohta. Eesti Psühhiaatrite Seltsi koostatud psühhiaatria arengukava tööversiooni kohaselt on nii ambulatoorse kui statsionaarse arstiabi vajadusi arvestades optimaalne psühhiaatrite (sh lastepsühhiaatrid) arv Eestis 260. Minimaalne lastepsühhiaatrite arv on üks 40 000 inimese kohta ning optimaalne üks 35 000 inimese kohta.

Tervise Arengu Instituudi andmete kohaselt **töötas** 2019. aastal **Eestis 228 psühhiaatrit** 172,6 ametikohal (151,7 täistööajaga ametikohal). Lähtudes eespool nimetatud optimaalsest tasemest on praegu arvestuslikult **puudu 32 psühhiaatrit**. Laste- ja noorukitepsühhiaatria lisapädevusega psühhiaatreid on Eestis 24, kuid optimaalne oleks 38.

Eesti psühhiaatreid iseloomustab kõrge keskmine vanus – 54,0 aastat. 25% psühhiaatritest on vanemad kui 65 aastat. Pensioneeruvate psühhiaatrite asendamiseks ja psühhiaatrite koguarvu kasvatamiseks on Sotsiaalministeerium tellinud viimastel aastatel igal aastal 15 residentuurikohta psühhiaatria erialal (neist 4 laste- ja noorukitepsühhiaatria lisapädevusega). Praktikast ei ole suurenenud vastuvõtt taganud piisaval määral motiveeritud

²⁰⁰ [Psühhiaatrite arengukava](#). Eesti Psühhiaatrite Selts, 2015

kandidaate, vastuvõetute seast on olnud väljalangejaid. Kavandatud residentuurikohtade täitumiseta ja väljalangevuse jätkumisel ei ole psühhiaatrite arvu võimalik kasvatada. Miks psühhiaatria eriala residentuurikohad ei täitu ning miks jäetakse õpe pooleli, vajab analüüsimist. Psühhiaatrite töötaja säästmiseks on vajalik üle vaadata psühhiaatrite osalus mittepsühhiaatriliste teenuste kättesaadavuse tagamisel (nt laste haridusliku erivajaduse hindamine, vanemlike oskuste hindamine kohtuvaidlustes jmt).

Vaimse tervise õde on magistrikraadiga eriõde²⁰¹, kes osutab õendusabi ja hindab võimalike või diagnoositud vaimse tervise probleemide ja psüühikahäiretega inimeste ja nende perekondade abivajadust. Vaimse tervise õde omab erioskusi ja -teadmisi tööks psüühikahäirega inimestega ning elanikkonna vaimse tervise alaseks ennetus- ja edendustööks. Praktikast teeb vaimse tervise õde haigekassa rahastusel näiteks iseseisvaid vastuvõtte ja psühhoterapiat grupis. Sidusrühmad on teinud ettepaneku, et tulevikus tuleb täiendada vaimse tervise õdede õpet ja praktikast, et tagada neile teraapiaalane väljaõpe, näiteks lisada õppekavasse individuaalse psühhoterapia ja pereteraapia võimekus.²⁰²

Vaimse tervise õdesid rakendatakse eelkõige õendusabi osutamisel haiglates ja erihooldekodudes, kuid sidusrühmad on väljendanud vajadust rakendada neid ka ambulatoorse tervishoiuteenuse osutamisel ning esmatasandi tervisekeskustes. Hinnates optimaalseks suhtarvuks ühe vaimse tervise õe ühe psühhiaatri kohta, **vajaks spetsialiseeritud abi tasand 210–260 vaimse tervise õde**. Vaimse tervise õdede täiendaval rakendamisel esmatasandi tervisekeskustes oleks seal **täiendav minimaalne vajadus 60–70 vaimse tervise õe järele**.

Praegu on vaimse tervise õe spetsialiseerumisega **õdesid Eestis 137**. Peamiselt omandavad vaimse tervise õe kvalifikatsiooni õded, kes juba töötavad psühhiaatrilises abis. Arvestatav hulk psühhiaatrilises eriarstiabis töötavaid õdesid on veel üldõe kvalifikatsiooniga.

Kliinilisel psühholoogil on magistriharidus psühholoogias ning ta on sellele lisaks läbinud juhendatud praktika kliinilises keskkonnas (nn kliiniline kutseaasta). Kliinilise psühholoogi töö on suunatud psüühilise distressi, psüühika-käitumishäirete, vaegurluse ja riskikäitumise hindamisele, leevendamisele, ravimisele ja ennetamisele. Kliinilise psühholoogi kutsega spetsialistil võib olla **lisapädevus psühhoterapia, neuropsühholoogia, kliinilise lapsepsühholoogia ja/või kliinilise kohtu- ja korrektsioonipsühholoogia alal**. Kliinilised psühholoogid teevad psühholoogilisi uuringuid ning kasutavad igapäevases ravitöös tõenduspõhiseid psühhoterapiatehnikaid ja -metoodikaid.

Peamine kliiniliste psühholoogidega seonduv probleemkoht Eestis on seotud nende ettevalmistamisega. Haridussilma²⁰³ andmetel on perioodil 2007–2019 psühholoogia magistriõppe läbinud 564 inimest ning hinnanguliselt on Eesti taasiseseisvumise järel läbinud psühholoogia magistriõppe üle 1000 inimese. Seega on psühholoogi baasharidusega inimesi Eestis arvukalt, kuid probleem on seni olnud kliinilise kutseaasta läbimisega. Alates 2021. aastast on riigieelarves ette nähtud 400 000 eurot kliiniliste psühholoogide kutseaasta rahastamiseks, mis hakkab toimuma Sotsiaalministeeriumi eelarve kaudu.

Kliiniliste psühholoogide arvulist vajadust Eestis ei ole usaldusväärset hinnatud. Eeldades, et kliiniliste psühholoogide vajadus eriarstiabis on samaväärne vaimse tervise õdede vajadusega, st üks kliiniline psühholoog ühe psühhiaatri kohta, vajaks spetsialiseeritud abi tasand 210–260 kliinilist psühholoogi. Eeldades kliiniliste psühholoogide laialdast rakendamist esmatasandil arvestusega üks kliiniline psühholoog viie-kuue nimistu peale, on esmatasandil täiendav vajadus 130–160 kliinilise psühholoogi järele. Tõenäoliselt võimaldaks nõustava

²⁰¹ Alates 2019. aastast on erialakoolitus ainult magistritasemel.

²⁰² [Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu](#). Riigi Teataja, 2020

²⁰³ [Eesti hariduse infosüsteem](#)

rolliga vaimse tervise õdede ja psühholoog-nõustajate laialdasem rakendamine esmatasandil kliiniliste psühholoogide vajadust mõneti kahandada.

Eestis on kliinilise psühholoogi kutsetunnistus 179 inimesel, neist kliinilise lapsepsühholoogi pädevus 49 inimesel.²⁰⁴ Osa kliinilise psühholoogide vastuvõttudest toimub väljaspool riiklikult rahastatavat tervishoiusüsteemi, sel juhul on inimese omaosalus teenuse kasutamisel 100%.

Psühhiaatria arengukavas²⁰⁵ tuuakse välja, et **kaasaegne meeskonnatööpõhine psühhiaatria vajab lisaks** eespool nimetatud spetsialistidele ka **tegevus- ja loovterapeute**, valdkonnale spetsialiseerunud kliinilisi sotsiaaltöötajaid jm, kelle süsteemne väljakoolitamine, aga ka kutsestandardid, teenuste osutamise tingimused ja rahastamine tuleb eelnevalt kokku leppida. Vajalik on toetada spetsiifiliste riskigruppidega (nt sõltlased, vanurid) tegelevaid vaimse tervise spetsialiste, luues vajaduse korral nii uusi kutsestandardeid kui ka toetada täiendõpet (sh nt teisest kultuuriruumist pärit inimeste vaimse tervise seisundi hindamiseks ja raviks).

Teisalt peab spetsialistide vajaduse planeerimisel arvestama, et spetsialiseeritud abi osutajate eksperditeadmistele pretendeerivad ka sotsiaal-, haridus- ja õiguskaitsevaldkond, soovides eriteadmisi nõudvaid tõendeid, ekspertiise, arvamusi jne, et otsustada inimesele vajalike toetavate teenuste osutamist. Eraldiseisev tööjõudu vajav haru on kohtupsühhiaatria, mis vajab kohtupsühhiaatreid ja kohtupsühholooge. Tegemist on eripädevusega, mis tuleb omandada lisaks kliinilisele kvalifikatsioonile. Enamikul psühhiaatritel ja psühholoogidel vastav kompetents puudub, olemasolevate ekspertide hulk on vähenemas.

Spetsialiseeritud abi osutamise optimeerimiseks on **vaja tugevdada teiste spetsialistide rolli vaimset tervist toetavate teenuste süsteemis**. Psühhiaatrite ja kliiniliste psühholoogide kõrval teiste vaimse tervise spetsialistide laialdasem rakendamine võimaldaks tuua teenused inimestele lähemale (nii geograafiliselt kui ka abi pakkumise tasandil) ning leevendaks eriarstiabis koormust ja seega ravijärjekordi eriarsti sekkumist vajavatele inimestele.

Arvestades psühhiaatrite nappust, on oluline kaaluda millised praegustest tegevustest oleks võimalik anda üle teistele spetsialistidele, näiteks vaadata üle rahastamisest tulenevad nõuded (nt ei saa vaimse tervise õde praegu ilma arstita suunata patsiente teraapiasse). Samuti tuleb kaaluda suuremas mahus digilahenduste kasutamist ja tõhustamist ning sidusvaldkondade info saamise õiguste ülevaatamist (nt puude ja töövõime kordushindamine krooniliste ja elukestvate psüühikahäirete puhul, ravimireseptide pikendamine jm). Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia lahendustel (nt telepsühhiaatria, kaugteraapia) on vaimse tervise valdkonnas palju laiem, veel rakendamata potentsiaal. Teenuste osutamine distantiselt võib vähendada teenuste kulukust nii rahalises kui ajalisel mõttes.²⁰⁶ Veebipõhiste teenuste osutamisel ei ole oluline inimese asukoht ning sellised teenused võivad olla heaks lahenduseks neile, kes kardavad vaimse tervise teenuste kasutamisega kaasneda võivat häbimärgistamist või elavad suuremast keskusest kaugemal.

Muutuste saavutamiseks vajalikud tegevused:

- 1) analüüsida psühhiaatria residentuuri ja vaimse tervise õdede õppekava. Analüüsi tulemusel kaasajastada õppekava ning seada nõuded praktikabaasidele;
- 2) tagada erialaspetsialistide järelkasv ning rahastus nende ettevalmistamiseks, jätkusuutlikud koolitus- ja täiendõppeprogrammid ja kompetentsusnõuete kirjeldamine ning spetsialistide regulaarne professionaalse superviisiooni võtmise kohustus;

²⁰⁴ Kõik siin esitatud kutseid puudutavad arvud on 23.03.2020 seisuga ja näitavad sellel hetkel kehtivaid kutsetunnistusi kutseregistris

²⁰⁵ [Psühhiaatria arengukava](#). Eesti Psühhiaatrite Selts, 2015

²⁰⁶ [Market study on telemedicine](#). Euroopa Komisjon, PwC, 2018

- 3) soodustada kliiniliste psühholoogide ja psühholoog-nõustajate ning vaimse tervise õdede rakendamist tervishoiu esmatasandil, et vabastada psühhiaatrilise eriarstiabi ressursi raskemate ravijuhtudega tegelemiseks. Lisaks otsida võimalusi teiste kutsealade esindajate (nt tegevus- ja loovterapeudid, tervishoiusüsteemis tegutsevad sotsiaaltöötajad) rakendamiseks vaimse tervise probleemiga inimestele abi osutamisel;
- 4) erialaliite ja teisi sidusrühmasid kaasates korrastada vaimse tervise teenuste korraldus, kaaludes muudatusi regulatsioonides ning uute kutsealade rakendamise võimalusi nii ravikindlustuse sees kui ka väljaspool haigekassa rahastatavaid teenuseid;
- 5) vaadata üle teenuste rahastamise nõuded ning välistada eriarsti ressursi säästmiseks psühhiaatri osalus ilma sisulise vajaduseta.

4. Ettepanekud

Vaimne tervis on heaoluseisund, mis võimaldab inimesel maksimaalselt realiseerida enda võimeid, tulla toime igapäevaelu pingetega, tegutseda tulemuslikult ja anda oma panus ühiskondlikku ellu. Seega tähendab hea vaimne tervis enam kui vaimse tervise häirete puudumist – see on kombinatsioon subjektiivsest heaolust, muutustega toime tulemise oskusest, enda potentsiaali rakendamisest ning positiivsest tegutsemisest ühiskonnas kogu elukaare jooksul.

Nii rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 kui vaimse tervise strateegia 2016–2025 rõhutavad, et vaimse tervise häirete ennetuseks on oluline tõhustada tegevusi edendamaks just positiivset vaimset tervist ja selle kaitsmist. **Vaimset tervist ja heaolu saab hoida ja edendada vaimse tervise kaitsetegurite tugevdamise ja riskitegurite vähendamisega** nii individuaalsel, kogukondlikul kui poliitilisel tasandil.²⁰⁷

Tervikliku vaimse tervise süsteemi arendamine nõuab osapoolte väga tugevat koostööd ja ühtseid põhimõtteid. Riigi ülesanne vaimse tervise valdkonna arendamises on lähtuda printsiibist vaimne tervis igas poliitikas. See on lähenemisviis elanikkonna vaimse tervise ja heaolu edendamiseks, algatades ja hõlbustades tegevusi terviseiga mitteseotud avaliku poliitika valdkondades. Oluline on tagada elukaareülene ennetus ja edendustegevused (sh varajane märkamine), õigeaegne ja kvaliteetne abi, pidades silmas eriti haavatavate sihtrühmade (vt lisa) vajadusi.

Sotsiaalministeeriumil kui vaimse tervise valdkonna eestvedajal ja vastutajal on koos valitsemisala organisatsioonidega ja strateegiliste partneritega valmisolek arendada ja rakendada vaimse tervise teenuste optimaalsed terviksüsteemi. Jätkusuutliku süsteemi arendamise eelduseks on Vabariigi Valitsuse toetus.

Käesolev dokument on esimene samm, et kirjeldada praegust killustunud vaimse tervise teenuste korraldust. Dokumendi koostamise käigus on välja selgitatud **esimesed võimalikud lahendusettepanekud ja suunised ning nende läbirääkimiste ja täpsustamisega jätkatakse edaspidistes aruteludes, kaasates kõiki seotud osapooli**. Konkreetsed mõõdetavad tegevused ja ressursid nende elluviimiseks ootavad kirjeldamist jätkutegevustes ja -dokumentides.

Tuginedes eelnevates peatükkides ja lisa välja toodud vajadustele (kokku 105 tegevust) ning lähtudes ministeeriumide põhimäärustes sätestatud ülesannetest, tuleb vastutavatel ministeeriumidel esmajärjekorras ellu viia alljärgnevad tegevused, et rakendada printsiipi vaimne tervis igas poliitikas:

Sotsiaalministeerium

- 1) **töötada välja vaimse tervise mõõdikud**, mis aitavad eristada sekkumist vajavaid valdkondi vaimses tervises, määrata eesmärged ning jälgida nende täitmist ja saavutamist. Vaja on kokku leppida kuidas hinnatakse tegevuste tulemuslikkust ja kvaliteeti. Tulemustest lähtuvalt tuleb **teha muudatused andmete kogumisse**. Seire- ja hindamissüsteem peab võimaldama saada tervikliku ülevaate psüühikahäirete haigestumusest, levimusest ja trendidest, teenuste eesmärkidest, kättesaadavusest ja kvaliteedist, kasutajate profiilist jne erinevatel teenusetasanditel;
- 2) **seirata ja hinnata järjepidevalt Eesti rahvastiku vaimse tervise näitajaid ja võimalikke mõjureid, et kavandada vajalikke sekkumismeetmeid**;
- 3) lähtudes vaimse tervise rohelisest raamatust **sisustada vaimse tervise tegevus rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 tervist toetavate valikute programmis**

²⁰⁷ [Vaimse tervise strateegia 2016–2025](#). Vaimse tervise ja heaolu koalitsioon, 2015.

aastaks 2022, mis täpsustaks millise prioriteetsuse ja ajakavaga vaimse tervise valdkonda arendatakse;

- 4) **töötada välja suitsiidiennetuse tegevuskava**, mis lähtub Maailma Terviseorganisatsiooni soovitudest;
- 5) **tagada piisav hulk spetsialiste**, et ennetada vaimse tervise probleeme, toetada varajast märkamist ja kompleksset ravi. Põhjalikult tuleb analüüsida ja vajaduse korral täiendada nende väljaõppe ja täiendõppe korraldust, arvulist vajadust ning teenuste pakkumise rolli ja vastutust;
- 6) **teha teadusuuringuid ja analüüse**, et täpsustada vaimse tervise süsteemi probleemkohti ja nende põhjuseid. Muu hulgas tuleb teiste riikide (nt Ühendkuningriigid, Skandinaavia) eeskujul alustada Eesti esimese longituuduuringuga, mis vaataks sünnikohordi terviseandmeid koos riskiteguritega sünnist täiskasvanueani. Esmalt tuleb koostada longituuduuringu kava koos finantsilise vajadusega;
- 7) **kaardistada ja analüüsida Eestis kasutatavaid hindamisinstrumente** tervishoiu-, haridus-, sotsiaal- ja justiitsüsteemis, laiendada valideeritud ja kohandatud instrumentide valikut ja kättesaadavust (mh IT-lahenduste abil) vaimse tervise seisundi hindamiseks;
- 8) koostöös asjaomaste ministriumidega **töötada esmareageerijatele ja eesliinitöötajatele välja vaimse tervise toetamise juhend** koos hindamismõõdikutega ja selle rakendamist toetavate koolitustega;
- 9) **abistada ja toetada töandjaid ning töötervishoiuteenuse osutajaid psühhosotsiaalsete ohutegurite tuvastamisel, hindamisel ja edasiste tegevuste täitmisel** erinevate meetmetega, et parandada psühhosotsiaalset töökeskkonda ning **seejuures tõhustada psühhosotsiaalseid ohutegureid puuduvat järelevalvet ja nõustamist**;
- 10) **koostada kogukonnateenuste arendamise juhised** koos tulemuslike tegevuste ja teenuste näidetega, mis aitaks raamistada kogukonnateenuste rolli vaimse tervise probleemide käsitlemiseks väljaspool tervishoiuteenuseid;
- 11) **tugevdada vaimse tervise teenuseid kogukonna tasandil ja tervishoius** erinevate sekkumiste ja meetmetega, et tagada inimestele elukoha lähedane, õigeaegne ja kvaliteetne abi;
- 12) koostöös asjaomaste ministriumidega **arendada vaimse tervise edendamise sekkumismeetmeid riskirühmadele**, sh näiteks õigusrikkujatele (vanglast vabanenud, kriminaalhooldusalused jt), kes ei kuulu Justiitsministeeriumi vastutusalasse;
- 13) lähtudes COVID-19 põhjustatud kriisi kogemustest **kaardistada ja analüüsida kriisisekkumisi ja -tegevusi** ning esitada poliitikalikajundajatele ettepanekud, kuidas uute kriiside tekkimisel ühiskonnas **psühhosotsiaalset kriisiabi pakkuda ja elanike vaimset tervist toetada**;
- 14) arendada välja **terviklik sünnituseelsete ja -järgsete teenuste, varajase märkamise ning sekkumise süsteem**, et toetada lapse arengut ja vanemate vaimset tervist;
- 15) **suurendada vanemahariduse kättesaadavust**, pöörates seejuures erilist tähelepanu **riskirühmas olevate perede** vanemlike oskuste toetamisele ja arendamisele, et hoida ja/või taastada positiivset ja turvalist vanemlikku suhet. Lisaks analüüsida vajaduse korral Eestis juba rakendatavate vanemlike oskuste arendamise programmide sobivust sihtrühmale ning tarvidusel luua ja rakendada uusi sobivaid sekkumisi;
- 16) **suurendada pere- ja paariteraapia, perelepitusteenuse ja perede heaolu toetavate programmide** (sh tasuta koolitusvõimalused) **ja nõustamisteenuste** (eelkõige riskirühmadele) **kättesaadavust**;
- 17) **analüüsida ja hinnata** laste ja peredega töötavate spetsialistide välja- ja täiendõppe programme ning lisada vajaduse korral õppekavadesse vanemluse, ennetuse, väärkohtlemise ja traumaga seotud teemasid, mis arendavad spetsialistide oskusi vaimse tervise probleeme ennetada, vaimse tervisega seotud vajadusi õigel ajal märgata ning lapsi ja peresid tõendusele toetudes aidata;
- 18) **analüüsida riskilaste vajaduspõhiste toetusteenuste** (tugitegevused ja teenused) **arendamise vajadust nii riigi kui kohaliku omavalitsuse tasandil ning hinnata rakendamise kvaliteeti ja mõju laste ja perede vaimsele tervisele**, sealhulgas seda,

kas ja millises mahus oleks vaja arendada nn ühe ukse teenust (ingl *one-stop-shop*), perekeskusi, mobiilseid vaimse tervise meeskondi, ravikodusid, esmaseid kriisikeskusi, vaimse tervise kabinette kogukondades.

Haridus- ja Teadusministeerium

- 1) **tagada haridus- ja noorsootöösutustes** positiivse vaimse tervise edendus ja probleemide ennetus, varajane märkamine, õigeaegne sekkumine ja järeltugi **kvalifitseeritud töötajate** (sh haridustugispetsialistide) ja teaduspõhise oskusteabe olemasoluga;
- 2) **analüüsida praeguse õppekava** raames arendatavate sotsiaalsete ja emotsionaalsete oskuste õpet, et tagada ühtsed vaimse tervise baasteadmised ja -oskused (sh teadmised paarisuhte-, seksuaal- ja kohtinguvägivalla olemusest ja nende ennetamisest) kõigile õpilastele ning vältida piirkondlikku ebavõrdsust õpilastele/noortele vajalikes elulistes oskustes;
- 3) **suurendada ja edendada noortele suunatud huvihariduses ja -tegevustes osalemise võimalusi** ning analüüsida tegevuste võimalikku mõju inimeste vaimsele tervisele;
- 4) **arendada ja täiendada nn eesliinitöötajate, laste ja noortega töötavate spetsialistide väljaõpet ja tasemekoolitusi** selliselt, et see sisaldaks muu hulgas vaimse tervise hoidmise, toetava keskkonna kujundamise, laste sotsiaalsete ja emotsionaalsete oskuste arendamise ning vaimse tervise esmaabi oskuste õpet ja laste heaolu tagamist huvihariduses. Muu hulgas töötada välja juhendmaterjalid ja (e-)kursused õpetajatele (laste ja noorte õpetamiseks ja enese läbipõlemise vältimiseks) ning teistele laste ja noortega töötavatele spetsialistidele;
- 5) **hinnata Eestis rakendatavate sotsiaalsete ja emotsionaalsete oskuste õpetamise programmide mõjusust** haridussüsteemis ning **laiendada** olemasolevate teaduspõhiste **sekkumiste kättesaadavust** haridusasutustes;
- 6) lisaks kiusamisvaba koolitee kontseptsioonile **töötada välja laiem visioon ja teha analüüs**, mis tooks välja **kuidas arendada turvalist koolikeskkonda ning sotsiaalsete ja emotsionaalsete oskuste programmide rakendamist ja arendamist**, et need oleksid tulemuslikud, eri kooliastmeid ja riskirühmi haaravad ning finantsiliselt jätkusuutlikud.

Siseministeerium

- 1) **rakendada valdkondadeülest ennetuse kontseptsiooni**, sealhulgas Siseministeeriumi eestvedamisel ministeeriumide konsensusliku kokkuleppe alusel, määrata kindel asutus, kes koordineerib valdkondadeülest ennetustööd;
- 2) koostöös Sotsiaalministeeriumiga **töötada esmareageerijatele ja eesliinitöötajatele välja vaimse tervise toetamise juhend** koos hindamismõddikutega ja selle rakendamiseks vastavad koolitused;
- 3) koostöös asjaomaste osapooltega **arendada vaimse tervise teenuste pakkumist** kinnipidamiskeskuses ja arestimajas viibivatele inimestele.

Justiitsministeerium

- 1) pöörata tähelepanu **nende inimeste vaimsele tervisele, keda kahtlustatakse või süüdistatakse kriminaalkorras karistatava teo eest**. Lisaks tuleb analüüsida ja rakendada teadus- ja tõenduspõhiseid meetodeid vaimse tervise häirete hindamiseks, et suurendada karistuse ja sekkumise mõjusust;
- 2) **analüüsida ja rakendada teadus- ja tõenduspõhiseid meetodeid** kinnipeetavate vaimse tervise probleemide varajaseks märkamiseks (sh standardiseeritud skriiningtestid) ning neile reageerimiseks kinnipidamisasutustes;
- 3) koostöös Sotsiaalministeeriumiga **töötada esmareageerijatele ja eesliinitöötajatele välja vaimse tervise toetamise juhend** koos hindamismõddikutega ja selle rakendamiseks vastavad koolitused;

- 4) **arendada tõenduspõhiste vaimse tervise teenuste** (nt spetsiaalsed nõustamisteenused ja programmid) **pakkumist** vanglas viibivatele inimestele;
- 5) Justiitsministeeriumi eestvedamisel **koostada uus vägivalda ennetamise tegevuskava**, et ennetada ja vähendada vägivalda ühiskonnas.

Kaitseministeerium

- 1) **arendada veteranipoliitikas vaimse tervise teenuste** (sh järelteenused) **pakkumist** veteranidele ja Kaitseväes viibivatele inimestele;
- 2) **arendada aja- ja tegevteenistujatele vaimse tervise teenuste pakkumist**;
- 3) **arvestada tegevuste võimaliku mõjuga** inimeste vaimsele tervisele.

Kultuuriministeerium

- 1) suurendada, arendada ja edendada elukaareüleseid kultuuri, sportimise ja liikumise ning huvitegevustes osalemise võimalusi ning arvestada tegevuste ja teenuste disainimisel nende võimaliku mõjuga inimeste vaimsele tervisele.

Rahandusministeerium

- 1) ruumilise planeerimise ja regionaalpoliitika arendamisel ning teenuste disainimisel arvestada nende tegevuste võimaliku mõjuga inimeste vaimsele tervisele.

Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium

- 1) ettevõtlikkuse, innovatsiooni ja transpordisüsteemi arendamisel ning teenuste disainimisel arvestada nende tegevuste võimaliku mõjuga inimeste vaimsele tervisele.

Keskkonnaministeerium

- 1) kujundada vastutustundlikku suhtumist keskkonda ning tegevuste ja teenuste disainimisel arvestada nende võimaliku mõjuga inimeste vaimsele tervisele.

Maaeluministeerium

- 1) maaelu arendamisel ning tegevuste ja teenuste disainimisel arvestada nende võimaliku mõjuga inimeste vaimsele tervisele.

Välisministeerium

- 1) hoida ja toetada vaimse tervise poliitika eesmärke välissuhtluses ja rahvusvahelistes koostöövõrgustikes.

Elukaareüleised vaimse tervise kaitse- ja riskitegurid ning haavatavad rühmad

Nii rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 kui vaimse tervise strateegia 2016–2025 rõhutavad, et vaimse tervise häirete ennetuseks on oluline tõhustada tegevusi edendamaks just positiivset vaimset tervist ja selle kaitsmist. **Vaimset tervist ja heaolu saab hoida ja edendada vaimse tervise kaitsetegurite tugevdamisega ja riskitegurite vähendamisega** nii individuaalsel, kogukondlikul, struktuuraalsel kui poliitilisel tasandil²⁰⁸.

Ennetamine osutab vajadusele **keskenduda** eneseabi baasteadmistele ja programmidele, mis on rakendatavad kogu elanikkonnas ning võimaldavad inimestel iga päev ise oma vaimset tervist edukalt hallata.

Ühtlasi on oluline pöörata tähelepanu sotsiaalsete (sh pühhosotsiaalsete) riskide ja nende tagajärgede realiseerumise vältimisele, mis hoiab ära probleemide süvenemise ja kuhjumise, muutes nende lahendamise kokkuvõttes aja- ja ressursisäästlikumaks.²⁰⁹ Võib öelda, et **ennetus on tulemuslik keskkonna kujundamine, mis muudab soovimatu käitumise keerulisemaks ja tervislikud või turvalised valikud kergemini kättesaadavaks.**²¹⁰

Tulemuslikuks ennetustööks on vaja kaitse- ja riskitegurid elukaareülevalt välja selgitada, pöörates eraldi tähelepanu riskirühmadele, kuna mõned ühiskonnarühmad kogevad vaimse tervise probleeme sagedamini kui teised.

1.1. Lapsed ja noorukid (0–19)

*Eestis on alla 19-aastasi 281 619 ehk 21% kogu rahvastikust.*²¹¹

Enamik vaimse tervise probleeme arenevad välja lapsepõlves või nooremas täiskasvanueas – 50% vaimse tervise probleemidest avaldub enne 14. eluaastat ning 75% enne 24. eluaastat.²¹² Vaimse tervise probleemide korral on oluline varajane märkamine ning õigeaegne abi. Varajane sekkumine võib vähendada või peatada vaimsete häirete hilisemat avaldumist, sest paljud vaimse tervise häired on ennetatavad ja mitmed ravitavad.

Vaimse tervise strateegia 2016–2025 seab laste ja noorte vaimse tervise edendamisel ning psüühika-käitumishäirete ennetamisel ja varajasel sekkumisel olulisteks tegevusteks toetava eluviisi ja keskkonna kujundamise, vaimset tervist säilitavad ja edendavad tegevused, spetsialistide teadlikkuse arendamise, varajase märkamise, heaolu ja vaimse tervise regulaarse hindamise, abi kättesaadavuse ja ennasthävitava käitumise ennetamise.

Lisaks geneetilisele baasile ja soodumusele mõjutavad lapsi mitmesugused vastastikusel seoses olevad keskkonnad – kodu, sõbrad, kool, kogukond, internet, samuti

²⁰⁸ [Vaimse tervise strateegia 2016 – 2025](#). Vaimse tervise ja heaolu koalitsioon, 2016

²⁰⁹ [Hoolekandeprogramm](#). Sotsiaalministeerium

²¹⁰ Streimann (2019). [Riskikäitumise ennetamine paikkonnas](#). Rahvatervise spetsialistide rühmaintervi juude kokkuvõte. Tervise Arengu Instituut

²¹¹ Statistikaameti andmed, 01.01.2020.

²¹² Kessler *et al.* (2005). [Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication](#).

ühiskonnakorraldus, teenuste olemasolu ja kättesaadavus. See tähendab, et vaimse tervise kaitsetegureid saab ja peab kujundama nende keskkondade koosmõjus.

Lapse arengus on äärmiselt olulised tema kolm esimest eluaastat, mil toimub intensiivne aju areng ning luuakse alus emotsionaalsele turvalisusele. Kiindumussuhte areng lapse ja tema hooldaja vahel on leidnud mitmekülgset kinnitust ning kiindumushäirega kaasnevad käitumismustrid määravad sageli lapse edaspidise turvalise arengu võimalused. Häiritud kiindumussuhte avaldub sotsiaalselt mittesobilikus või kriitikavabas käitumises, mille tulemusena ei ole laps võimeline looma teistega vastastikuseid, armastavaid ja abistavaid suhteid²¹³. Seetõttu on vaimse tervise probleemidest eriliselt ohustatud väikelapseas asendushooldusele, sealhulgas institutsionaalsele hooldusele paigutatud lapsed²¹⁴.

Toetamaks kiindumussuhte kujunemist, on oluline jälgida rasedate ja vastsete vanemate vaimset tervist, et avastada varases staadiumis võimalikku abivajadust, eelkõige **raseduskriisi ja sünnitusjärgset depressiooni**. Tegu on tervises seisundiga, mida on oluline märgata, et pakkuda toetavat nõustamist ja kaasaegset ravi. Abi saavad osutada spetsialistid – ämmaemandad, psühholoogid, raseduskriisi nõustajad jt kogukonna spetsialistid ning esmatasandi vaimse tervise teenuste osutajad. Samuti on uuringud näidanud, et kui **lapsevanema enda kogetud traumad** (nt lapseea väärkohtlemine, kiindumussuhte trauma) **on läbi töötamata**, käitub vanem suurema tõenäosusega oma laste puhul hirmutavalt või hirmunult, mis võib omakorda häirida lapse kiindumussuhte arengut. Oluline on pakkuda lapsevanemale sel hetkel abi, et takistada trauma kahjulikku mõju edasikandumist järgmisele põlvkonnale.

Lapsepõlve traumad ja ebasoodsad lapseamõjud ohustavad lapse füüsilist ja vaimset heaolu ning kui selles osas õigel ajal abi ei saada, võivad avalduda vaimse tervise probleemid täiskasvanueas, nt erinevad tervise- ja sõltuvusprobleemid, riskikäitumine. Maailma Terviseorganisatsiooni määratluse järgi hõlmavad need igasugust füüsilist ja emotsionaalset väärkohtlemist, hoolimatust või ärakasutamist vormi, mis põhjustab lapsele otsest või potentsiaalset kahju²¹⁵. Uuringute kohaselt on kõige levinumad lapseea traumad ja ebasoodsad olukorrad (*childhood adversities*) järgmised: vanema surm, keheline väärkohtlemine, perevägivald ja vanemate vaimse tervise häired, mis kokku moodustavad 29,8% kõigist vaimse tervise probleemidest.²¹⁶ Erialakirjandusele tuginedes loetakse siia hulka veel: vanemate lahuselu või lahutus, hooletusse jätmine (nii füüsiline kui emotsionaalne), perest eraldatus ja asendushooldusel olevad lapsed, vanemate sõltuvusainete tarvitamine, leibkonnaliikme vangistus, sõjatrauma, hooldusõiguse vaidlustega seotud lapsed, sotsiaalselt tõrjutud lapsed. Nende probleemidega tegelemata jätmine **võib avalduda täiskasvanueas** raskemas vormis ning ebatervetes suhetes või üksilduses.

Kui mitu riskitegurit peaks ilmneama samal ajal, suureneb vaimse tervise **probleemide levimus märkimisväärselt**. Näiteks, uuringuga leiti, et lastel, kes puutuvad kokku nelja või enam riskiteguriga, suureneb alkoholismi, narkootikumide kuritarvitamise ja depressiooni risk 4–12 korda²¹⁷.

Seega vormivad imiku sotsiaalset ja emotsionaalset heaolu ning **määravad tema haavatavuse eluteel eelkõige perekonnasuhted**²¹⁸. Eestis tehtud kooliõpilaste

²¹³ Rygaard (2016). [Kiindumushäirega laps](#). Praktilise teraapia käsiraamat.

²¹⁴ [Vanemliku hoolitsuseta laste asendushoolduse poliitika roheline raamat](#). Sotsiaalministeerium, 2014

²¹⁵ Butchart *et al.* World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO 2006.

²¹⁶ [Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys](#). (Kessler *et al.*, 2010)

²¹⁷ Felitti *et al.* (1998). [Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences \(ACE\) Study](#).

²¹⁸ [Better Mental Health for All. A public health approach to mental health improvement](#). Mental Health Foundation, 2016

tervisekäitumise uuringust²¹⁹ selgub, et usalduslike peresuhetega ja majanduslikult heal järjel lastel on tervist toetavam elustiil ja vähem riskikäitumist. Seega on toetav vanemlus ning positiivne vanema ja lapse suhe väga olulised, olles seotud laste madalama depressioonitaseme ning vähesemate käitumishäiretega²²⁰. Head vanematevahelised paarisuhted, vanemlikud oskused ja positiivne kasvatuspraktika loovad lapsele turvalise ja arendava koduse keskkonna. Negatiivsel vanemlikul käitumisel, nagu karm distsipliin, kehaline karistamine, emotsionaalne kättesaamatus, psühholoogiline agressioon, võivad olla lapse arengule kahjulikud tagajärjed. **Vanemaharidus ja sekkumised on tõhusad meetodid lapsevanemate juhendamiseks, suurendades positiivset käitumist ja vähendades muu hulgas vägivalda perekonnas.**²²¹ Eespool viidatud uuringust selgus veel, et **perekonna struktuur mõjutab** laste suitsiidimõtteid: kasuvanemaga peres kasvavatel lastel oli suitsiidimõtteid ligi kaks korda rohkem kui neil, keda kasvasid kaks bioloogilist vanemat. Seega on oluline pöörata tähelepanu suhetele **kärgperedes**. Lahku läinud **vanemate omavahelised vaidlused** lapse ülalpidamise ja hooldusõiguse üle ei jäta puutumata lapse heaolu, põhjustades nii vaimse tervise probleeme kui riskikäitumist.

Laste heaolu hindamiseks on vajalikud erinevad hindamisvahendid, et kohaselt tuvastada lapse vaimse tervise probleeme (nt trauma, meeleolu-, ärevus-, käitumis-, isiksus-, kiindumus- ja arenguhäired), samuti vanemlike oskuste piisavust (nt stabiilsus, emotsionaalne lähedus, turvalisuse tagamine, piiride seadmine). Probleemi õige tuvastamine võimaldab vajalikke sekkumisi ja abi õigel ajal planeerida. Samuti aitavad hindamisinstrumendid leida lapse heaolu toetavaid lahendusi, näiteks lapse perest eraldamist või vanemate hooldus- ja suhtlusõigust puudutavates kohtumenetlustes, kus võib olla vajalik hinnata lapse hingelist seotust ja kiindumusuhet oma vanemaga.

Lapsi ja noori ümbritsevate **täiskasvanute ülesanne**²²² **on seista hea toetava ja turvalise psühhosotsiaalse keskkonna eest**. See tähendab muu hulgas sõbraliku ja turvalise õhkkonna loomist, koostöö edendamist osapoolte vahel, füüsilise ja vaimse vägivalda taunimist jne. Lapseeas ebasoodsad mõjud võivad tundlikel arenguperioodidel kinnistuda ning põhjustada elukestvaid füüsilisi ja vaimse tervise probleeme. Kuid enamik lapsi suudab taastuda, kui neile pakutakse õiget tuge – eelkõige aitab taastumisele kaasa lapse ja tema hooldaja(te) vaheline turvaline suhe.²²³

Peale kodu on oluline keskkond **õppe- ja kasvatusasutused** (sh huviharidus), kus lapsed suure osa oma ajast veedavad. Võttes arvesse, et enamik psüühikahäireid saab alguse enne 24. eluaastat, on õppe- ja kasvatusasutused kohad, mis saavad lisaks stabiilsele keskkonnale ja toetavale hariduskultuuri pakkumisele tuvastada probleeme ja erivajadusi ning toetada ja nõustada last ja perekonda vajalike lahenduste leidmisel. Seega on oluline positiivse koolikeskkonna loomine ja hoidmine.

Inimese emotsionaalne seisund on seotud tema õppimisvõimega, seega on **turvaline lasteaia- ja koolikeskkond vaimse tervise seisukohast äärmiselt oluline**. Kiusamisvaba haridustee kontseptsioon²²⁴ toob välja, et kiusamist tuleb eristada teistest konfliktiolukordadest selle järgi, et see on tahtlik ja korduv tegevus, millega pannakse kannatajat teadlikult ennast halvasti tundma ja kannatajal on raske end kaitsta. Kiusamist pealt nägevatel õpilastel on võrreldes kiusuga mitte kokkupuutunud eakaaslastega täheldatud kõrgemat ärevuse ja depressiivsuse taset, aga ka suuremat vaenulikkust ja uimastite tarbimise riski²²⁵.

²¹⁹ Oja (2020). [Eesti kooliõpilaste tervisekäitmine. 2017/2018. õppeaasta uuringu raport](#). Tervise Arengu Instituut

²²⁰ Psychogiou, Moberly (2017). [Parental depressive symptoms, children's emotional and behavioural problems, and parents' expressed emotion—Critical and positive comments](#).

²²¹ [Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region](#). WHO, 2019

²²² [Lapse õiguste konventsioon](#). Riigi Teataja, 1991.

²²³ Barlett, Sacks, (2019). [Adverse childhood experiences are different than child trauma, and it's critical to understand why](#).

²²⁴ [Kiusamisvaba haridustee kontseptsioon](#). Haridus- ja teadusministeerium, 2017

²²⁵ Rivers et al. (2009). [Observing Bullying at School: The Mental Health Implications of Witness Status](#).

Kontseptsioonis on välja toodud, et selleks, et õppekeskkonnas oleks võimalik märgata iga õpilase individuaalseid tugevaid külgi ja vajadusi (sh võimete kohane õpe), **tuleb tagada iga lapse füüsiline ja vaimne heaolu, stressiga toimetuleku võimekus ning turvalisus õppekeskkonnas.**

Erinevate uuringute järgi kogeb ca üks kolmandik kogu maailma noortest koolikiusamist. Kiusamise kogemine Eestis on võrreldes 2010. aastaga vähenenud: kui 2010. aastal oli sellega kokku puutunud 40% vastanutest, siis 2018. aastal ligi poole vähem ehk 23%²²⁶. Muret tekitavalt suur on aga nende laste hulk, kes on **kogenud küberkiusamist** ja kes **endaga juhtunud mitte kellelegi ei räägi – 36%**. See tähendab, et märkimisväärne osa lapsi, kes on telefonis või internetis kiusamisega kokku puutunud, hoiab selle enda teada²²⁷.

Kiusamisel on mitmeid tõsisemaid lühi- ja pikaajalisi tagajärgi ning nendega tegelemine on ühiskonnale kulukas. Rootsisis tehtud uuringu näitab, et kui võtta arvesse, et igas klassis kannatab kiusamise all 1–2 õpilast ning ligi 10% kogeb kiusamise tagajärgi täiskasvanueas, läheb 1000 õpilasega koolis üks aasta kiusamist ühiskonnale järgmise 30 aasta jooksul maksma 17,5 miljonit Rootsi krooni (ca 1,65 miljonit eurot) ehk keskmisele Rootsi omavalitsusele, kus elab 470 000 elanikku, läheks kiusamine maksma 832 miljonit Rootsi krooni ning 300 õpilasega koolile läheks kiusamine maksma 4 miljonit Rootsi krooni.²²⁸ Seega aitaks investeringu ennetusse lisaks emotsionaalsete kannatuste vähendamisele kokku hoida ka kulusid.

Laste vaimset tervist mõjutab üha enam ka internet ja seal viibitud aeg kui ekraaniaeg (TV, arvuti jm elektroonilised seadmed). SEYLE uuringuga leiti, et mida enam veedetakse aega erinevate ekraanide taga, seda kõrgem on depressiooni tase. Valdav väsimustunne ja kehva psühholoogiline heaolu koolinoorte hulgas on seotud **öösel argipäeviti magatud unetundide vähese arvuga ning ebatervislike eluviisi valikutega**, mis mõlemad on suurema teadlikkuse, häid valikuid soodustava keskkonna ja tugeva sisemise motivatsiooni korral muudetavad suhteliselt kergesti, nõudmata seejuures olulisi lisaressursse²²⁹. Ligikaudu pooled 11–15-aastased noored veedavad koolipäevadel ekraani taga viis või enam tundi, probleemiks on nii liigne internetikasutus kui internetisõltuvus²³⁰. Laste kokkupuude nutiseadmetega nihkub üha varasemasse koolieelsesse aega ning sõltuvuse tunnused on seotud kehva toimetulekuga koolis (nii hinded kui käitumine), riskikäitumisega, samuti probleemsemate peresuhete ja kasvatuspraktikaga²³¹.

Mitteformaalse ja huvialahariduse pakkumisel on oluline pöörata tähelepanu andekatele lastele, näiteks lastele ja noortele, kes tegelevad tippspordiga. Sportlasekarjäär algab tavaliselt 7–10-aastaselt. Suur osa organiseeritud spordist on suunatud võimalikult kõrgete võistlustulemuste saavutamisele ning tegevuse vastutusrikkusest tulenev vaimne pingeline ja väiline surve koos mitteeakohaste treeningmeetodite rakendamisega muudavad paljud noorsportlased vaimse tervise probleemide suhtes haavatavaks.

Maailmas tehtud uuringutes on jõutud järeldustele, et erinevate tõenduspõhiste sekkumiste rakendamine koolis parandab heaolu. Sekkumistel tuvastati mitmesuguseid kasulikke mõjusid lastele, peredele ja kogukondadele ning vaimsele tervisele, sotsiaalsetele, emotsionaalsetele ja hariduslikele tulemustele.²³²

²²⁶ [EU Kids Online'i Eesti 2018.aasta uuringu esialgsed tulemused.](#)

²²⁷ *Ibid.*

²²⁸ [Mobbningens kostnader. En socioekonomisk analys.](#) Friends, 2016

²²⁹ [Koolinoorte vaimne tervis. Kokkuvõte-raport.](#) 2015

²³⁰ [Laste internetisõltuvus: levimus- ja sekkumisuuring"](#) (DIGILAPS) (2013-2015)

²³¹ *Ibid.*

²³² Weare, Nind (2011). [Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?](#)

Lisaks tuleks kõigi vaimse tervise probleemide käsitlemisel, hindamisvahendite väljatöötamisel, sekkumiste ja patsientide kohtlemise ning vajaliku väljaõppe puhul läbivalt arvestada laste heaolu ning lapsesõbraliku kohtlemise põhimõtetega. Samuti puudutab see ministeeriumitele tehtud ettepanekuid, mis hõlmavad lapsi – palume silmas pidada, millised on need teenused laste kui patsientide ja klientide vaatenurgast. Lastele teenuste pakkumisel palume arvestada Õiguskantsleri Kantselei koostatud juhistega.²³³

Haridus- ja Teadusministeeriumi hinnangul rakendab ca 60% koolidest mõnda programmi²³⁴, kuid nendest mitmedki ei ole tõendus põhised ega kooliülesed (st osaleb näiteks ainult üks klass või üks õpetaja koolist). See tähendab, et terviklikku lähenemist esineb harva. Ebavõrduse vähendamiseks tuleb pöörduda selle poole, et **kõigil õpilastel on olemas samaväärsed teadmised vaimsest tervisest ja oskused hoida oma positiivset vaimset tervist ning vajaduse korral rakendada eneseabivõtteid. Sotsiaalsed ja enesekohased oskused ei tohi sõltuda kooli või omavalitsuse initsiatiivist või õpetaja ettevalmistusest.** Positiivse vaimse tervise arenduse seisukohast on oluline, et süsteemsete sekkumiste rakendamiseks alustatakse juba lasteaiast ning seda tehakse kuni ülikooli lõpetamiseni välja.

Arvestades ühelt poolt lapseaegset kogemuste elukaareülest mõju inimese tervisele ning teisalt turvalise elu- ja kasvukeskkonna tähtsust laste vaimse tervise hoidmisel, tuleb prioriteediks seada laste väärkohtlemise ennetamine. Maailma Terviseorganisatsiooni koostatud ennetusstrateegia loomise juhendmaterjali²³⁵ kohaselt on lastevastase vägivalda ennetamisel maailmas häid tulemusi näidanud seitse strateegiat: seadusloome ning seaduste rakendamine, normide ja väärtuste kujundamine, turvaliste keskkondade loomine, vanemluse ning hooldajate toetamine, majanduslik tugi ning sissetulekute toetamine, reageerivate teenuste tagamine, hariduse ning sotsiaalsete oskuste arendamine.

1.1.1. Haavatavad rühmad

Vaimse tervise probleemidega inimesed on ühiskonnas haavatav rühm, kelle heaolu mõjutavad mitmed tegurid. Võttes arvesse erialakirjandust traumeeritud laste ja eakohast arengut takistavate tegurite kohta ning statistilisi andmeid, on koostatud loetelu peamistest haavatavatest rühmadest, kellele tuleks järgnevatel aastatel tähelepanu pöörata. Nimekiri on ajas muutuv ning haavatavad rühmad tuleb dokumenti uuendades erialaseltside ja lastega kokkupuutuvate spetsialistidega läbi arutada.

Alaealised ja noored lapsevanemad. Lisaks noorukiea arengulistele probleemidele peavad teismelised ja noored lapsevanemad kohanema ka lapsevanemaks saamise kohustuste ja nõudmistega ning seda sageli majanduslikult ja sotsiaalselt ebasoodsates tingimustes. Pinge ja stress, mis sellega kaasneb, võib mõjutada noorte vanemate vaimset tervist, kahjustades noorte emade toimimist ja vanemlikku käitumist, mis omakorda mõjutab nende lapse vaimset tervist ja suurendab käitumisprobleemide riski. 2018. aastal oli Eestis 63 alaealist (kuni 17a) sünnitajat ja 220 noort ema vanuses 18–19 eluaastat.

Väärkoheldud lapsed. Emotsionaalne, füüsiline või seksuaalne väärkohtlemine, samuti varajases eas lapse hooletusse jätmine jätab jälje lapse psüühikale. Väärkohtlemine põhjustab lapsel stressi, mis võib mõjutada tema aju arengut, kahjustades nii vaimset kui füüsilist tervist.²³⁶ Eriti raskes olukorras on mitmeid traumeerivaid sündmusi läbi elanud (komplekstraumaga) lapsed. Väärkohtlemise ohvriteks on ka vägivaldses kodus kasvanud lapsed. Vägivaldalt näinud lastel on oluliselt suurem kalduvus riskikäitumisele, samuti ennast kahjustavale käitumisele ja suitsiidile. Märkimisväärne sihtrühm on ülekoormust (nii

²³³ Lapsesõbralik tervishoid. Infoleht täiskasvanutele. Õiguskantsleri Kantselei, 2019

²³⁴ [Kiusamisvaba haridustee kontseptsioon](#). Haridus- ja Teadusministeerium, 2017

²³⁵ [Inspire. Seven strategies for Ending Violence Against Children](#). World Health Organization, 2016

²³⁶ [European report on preventing child maltreatment](#). WHO, 2013

vaimset kui füüsilist) ja koolikiusamist kogenud lapsed. Laste väärkohtlemine on nii Eestis kui mujal Euroopas sügav ja tõsine probleem, sealjuures võib arvata, et ametlik statistika kajastab väärkoheldud laste puhul üksnes jäämäe tippu. Probleemi tegelik ulatus võib olla oluliselt laiem²³⁷. Uuringud näitavad, et 10–20% lastest Euroopas väärkoheldakse lapsepõlves seksuaalselt²³⁸. Laste ja noorte seksuaalse väärkohtlemise hoiakute ja kogemuste uuringu tulemused näitavad, et vähemalt ühel korral on elu jooksul mõnda liiki seksuaalvägivalda kogenud 28% 16–26-aastastest noortest. Samuti näitavad probleemi ulatust pöördumised lasteabitelefoni. 2019. aastal tehti 9325 pöördumist, millest 4264 olid laste pöördumised.

Perest eemal elavad lapsed (eelkõige perest eraldatud lapsed, asendushooldusel, sh institutsionaalsel asendushooldusel, ja kinnistes asutustes elavad lapsed jt). Asendushooldust pakutakse peamiselt olukorras, kus vanemad ei suuda kindlustada lapsele turvalist, toetavat ja hoolitsevat pereskeskkonda ning vanemlikku hoolt. Asendushoolduse pakkumisel tuleb eelistada lapse vajadustest lähtuvalt lapse loomulikuks kasvukeskkonnaks olevaid perepõhiseid ja kogukonnakeskseid lahendusi, seda eeskätt alla 3-aastaste ja väikelaste puhul.²³⁹ 2018. aastal eraldati Eestis perekonnast 287 last. **Sama aasta lõpus viibis asendushooldusel 2451 last**, kellest 63% oli perepõhisel asendushooldusel ning ülejäänud asutusepõhisel asendushooldusel, sh asutusepõhisel hooldusel viibivatest lastest moodustasid 2,2% lapsed vanuses 0–2. Uude perekonda lapsendati 2018. aastal 22 last.

Need lapsed on sageli kogenud vanema kaotust, väärkohtlemist (vaimset, seksuaalset või füüsilist) või hooletusse jätmist, mis on kahjustanud lapse heaolu ja võib olla põhjustanud psührika- ja käitumisraskusi ning mille mõju võib olla eluaegne²⁴⁰. Lisaks kogetud traumale puudub neil lastel ajutiselt või alaliselt toetav pereskeskkond, mis taastumist toetaks. Mitmes uuringus on selgunud, et **80%-l asendushooldusel olnud noortest on emotsionaalsed või käitumuslikud probleemid**, arengust mahajäämus või muud näidustused, mille tõttu nad vajavad vaimse tervise teenuseid.²⁴¹ Nende laste eest hoolitsevad inimesed ja lastega töötavad spetsialistid peavad üles näitama erilist tundlikkust ja oskuslikkust (traumateadlikkust) lastega suhte loomisel ja hoidmisel, samuti võivad lapsed vajada erilist miljöötäpset elukeskkonda ning sotsiaal-, tervise- ja ka haridusvaldkonna omavahelist süsteemset koostööd, et vaimse tervise probleeme ennetada ja neid võimalikult vara tuvastada ning vajaduse korral sekkuda.

Vanema kaotanud lapsed. Laste leinareaktsioonid on tugevad (eriti kui vanem on surnud ootamatult või vägivaldselt) ning võivad kaasa tuua näiteks uneprobleeme, viha, ärrituvust, käitumisprobleeme ja madalat enesehinnangut. Uuringud näitavad, et lastel ja noortel, kes kogevad vanema surma enne 19-aastaseks saamist, on suurem risk vaimse tervise probleemide tekkeks. Vanema kaotuse tõttu võib ligi 25%-l lastest välja areneda vaimse tervise probleem²⁴². 2019. aasta lõpu seisuga sai Sotsiaalkindlustusameti andmetel toitjakaotuspensionini 4795 alla 18-aastast last, seejuures oli 2019. aasta jooksul uusi määramiseid 504.

Erivajadusega lapsed (sh haridusliku erivajaduse, käitumis- ja tundeeluraskustega lapsed). Väga oluline on arvestada erivajadusega laste ja noorte vaimse tervise vajadustega. Uuringud näitavad, et füüsilise puudega lastel võib tekkida neli korda suurem ärevus ja psühholoogiline stress kui teistel ning neil on suurem risk vaimse tervise probleemide tekkeks²⁴³. Autismi

²³⁷ [Laste ja noorte seksuaalse väärkohtlemise leviku uuring](#). Tartu Ülikool sotsiaalteaduslike rakendusuuringu keskus (RAKE) koostöös ühiskonnateaduste instituudiga, 2015.

²³⁸ [Child sexual abuse](#). European Commission veebileht

²³⁹ [Vanemliku hoolituseta laste asendushoolduse poliitika roheline raamat](#). Sotsiaalministeerium, 2014

²⁴⁰ Hertzog, Schmal (2018). [Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan](#).

²⁴¹ Lumiste (2020). [Teadlastele tekib muret asendushooldusel viibivate laste vaimne tervis](#). Ajakiri Sotsiaaltöö.

²⁴² Stikkelbroek et al. (2016). [Mental health of adolescents before and after the death of a parent or sibling](#).

²⁴³ Feizi (2014). [Parenting stress among mothers of children with different physical, mental, and psychological problems](#).

spektrihäiretega noorukitel ja noortel täiskasvanutel on suur meeleolu- ja ärevushäirete oht²⁴⁴. 95%-l noortest oli vähemalt kolm kaasuvat psühhiaatrilist häiret ja 74%-l viis või enam kaasuvat häiret²⁴⁵. Sotsiaalkindlustusameti 2019. aasta lõpu andmetel oli puudega laste (0–17-aastased) arv umbes 7% kõigist puudega inimestest ehk 11 494 last, neist ligi 28%-l oli liitpuue (3184) ja ligi 30%-l psüühikahäire (v.a vaimupuue) (3393). Krooniliste jt raskete diagnoosidega laste hulgas arvatakse olevat vaimse tervise probleeme kaks korda enam. Haigustega toimetulek on protsess, mis võib vajada psühholoogilist abi ja toetust. Oluline on siinkohal rõhutada, et eraldi tähelepanu, oskusi ja tuge vajavad ka lapsed, kelle öde-vend on erivajadusega, samuti lapsed, kes viibivad ööpäevaringsel erihooldusel.

Lapsel, kelle vanemal on psüühikahäire (sh sõltuvushäire), on suurem risk vaimse tervise probleemi tekkeks. Eesti kohta konkreetsed andmed puuduvad, kuid ligi 15–23% lastest maailmas elavad vanemaga, kellel on vaimse tervise häire²⁴⁶. Kõigil neil lastel ei ole raskusi, kuid mitmed uuringud on näidanud, et lastel, kelle vanemal esineb psüühikahäire, on 13–37%, mõnede uuringute järgi lausa 50%²⁴⁷ suurem tõenäosus vaimse tervise probleemide tekkeks kui vaimselt tervete vanemate lastel. Vaimse tervise häired võivad muuta inimeste mõtlemise, tegutsemise ja tunnetamise viise. Lapse toimetulek peres, kus on psüühilise erivajadusega lapsevanem, oleneb vanema probleemi iseloomust ja tõsidusest/raskusastmest/stadiumist, kaasuvatest häiretest, toimetulekust ja sotsiaalsetest oludest²⁴⁸ ning kogukonna toetusest. Austraalias tehtud uuringus leiti, et vaimse tervise häiretest mõjutatud pered kogevad vaesust ja sotsiaalset eraldatust tõenäolisemalt kui teised pered, kuid õigeaegne abi ja ennetavad sekkumised võivad vähendada probleemide riski 40%²⁴⁹.

Laps, kelle vanem viibib kinnipidamisasutuses. Euroopas on igal aastal hinnanguliselt 800 000 last, kelle vanem viibib vanglas. Selliseid lapsi peetakse kuritöö „unustatud ohvriteks“ ja nähtamatuteks lasteks, keda erinevad teenusepakkujad ei märka kui eraldi riskirühma. Seniste tõendite kohaselt ohustavad lapsi, kelle vanem viibib vangistuses, perekonna vähene kontakt, finantsilised raskused, häbimärgistamine, praktilised ja psühholoogilised tagajärjed, mis toovad endaga kaasa negatiivsed sotsiaalsed ja hariduslikud tagajärjed. Inglismaa eestvedamisel neljas riigis (Ühendkuningriik, Saksamaa, Rumeenia, Rootsi) tehtud uuring (COPING²⁵⁰) näitas, et lastel, kelle vanem või hooldaja on vangis, on 25% suurem tõenäosus vaimse tervise probleemide tekkeks (Rumeenias lausa 50%). Suurim risk on just 11+ vanuste laste seas. Rohkem infot soovitude kohta leiab Euroopa Nõukogu Ministrite Komitee dokumendist²⁵¹. Justiitsministeeriumi andmetel on vangidel 2020. aasta alguse seisuga kokku 688 alaealist last.

Oluline on rõhutada, et paljude haavatavate laste puhul võib samal ajal esineda mitu riskitegurit, mis suurendab veelgi lapse ja pere vastuvõtlikkust vaimse tervise riskidele.

Muutuste saavutamiseks vajalikud tegevused:

- 1) koostada **uus heaolu arengukava, mis hõlmaks ka laste heaolu valdkonda**, ning rakendada **laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsioon**is välja toodud tegevusi;

²⁴⁴ Lungnegard (2011). [Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger Syndrome](#)

²⁴⁵ Joshi *et al.* (2010). [The Heavy Burden of Psychiatric Comorbidity in Youth with ASD: A Large Comparative Study of a Psychiatrically Referred Population.](#)

²⁴⁶ Leijdesdorff *et al.* (2017). [Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review.](#)

²⁴⁷ *Ibid.*

²⁴⁸ Reedtz *et al* (2019). [Identification of Children of Parents With Mental Illness: A Necessity to Provide Relevant Support.](#)

²⁴⁹ Kowalenko *et al* (2013). [Family matters: infants, toddlers and preschoolers of parents affected by mental illness.](#)

²⁵⁰ [The GOPING Project](#)

²⁵¹ [Recommendation CM/Rec\(2018\)5 of the Committee of Ministers to member States concerning children with imprisoned parents.](#) Council of Europe Committee of Ministers, 2018

- 2) soodustada laste turvalist ja toetavat kasvu- ja õppekeskkonda tõenduspõhise **ennetus- ja sekkumispraktika järjepideva rakendamise kaudu haridusasutustes** (sh huviharidus) ja **noorsootöösasutustes** (k.a ülikoolis, olenemata erialast) ning **kogukonnas**, et vähendada riske tervisekäitumises. Muu hulgas on oluline tagada vastav baasväljaõpe ja täiendõpe õpetajatele ning parandada tugimaterjalide kättesaadavust, samuti hinnata ja arendada nii õpilaste kui õpetajate praktilisi eneseabi ja -hoole oskusi;
- 3) **suurendada vaimse tervise alast teadlikkust ühiskonnas ning edendada oskusi**, et nii lapsed ja noored ise kui nende lähedased ja/või nendega töötavad spetsialistid oskaksid edendada vaimset tervist, ennetada vaimse tervise probleeme, ära tunda vaimse tervise häirete tunnuseid ning toetada ja pakkuda abi. Muu hulgas on oluline hinnata kommunikatsioonitegevuste mõju sihtrühma hoiakutele ja teadmistele kindlustamiseks, et rakendatavad sekkumised ja edastatavad sõnumid ei avalda negatiivset mõju haavatavatele sihtrühmadele (nt suitsiidi-, uimastiennetuses);
- 4) **toetada paarisuhte- ja vanemlike oskuste õpetamist ja peresuhte edendamist** vastavate teenuste ja sekkumiste arendamisega ja nende kättesaadavuse parandamisega (sh koolitused, teraapiad, perelepitus). Oluline on **arendada ja toetada vanemlike ja suhteoskusi riskirühma kuuluvates peredes**, et hoida või taastada positiivseid ja turvalisi peresuhteid;
- 5) **arendada sünnituseelsete ja -järgsete teenuste varase märkamise ning sekkumise süsteemi**, et toetada lapse arengut ja vanemate vaimset tervist;
- 6) tagada **ebasoodsate lapseamõjude ja traumakogemusega lastele ja noortele vaimse tervise probleemide varajane ennetus ja tuvastamine ning sekkumine, samuti vaimse tervise teenuste, sh kriisiabi kättesaadavus** vastavalt nende endi ja nende perede vajadustele (nt vägivalda kogenud ja seda pealt näinud laste suunamine psühhoterapeudi, loovterapeudi vastuvõtule; lähedase inimese kaotanud lastele abi leinalaagris, perest eraldatud lapsele tema traumast lähtuv psühholoogiline või teraapiline abi jne). Muu hulgas tuleb asendushooldusel viibivatele lastele ja asendushoolduse pakkujatele (sh hooldus-, eestkoste- ja lapsendajapered) tagada püsiv tugi ja teenused (nt psühholoogiline nõustamine, supervisioon) vajalikus mahus, samuti arendada tervise- ja sotsiaalvaldkonna koostöös teenuseid komplekstraumaga lastele (nt ravikodu);
- 7) kohandada lapse vaimse tervise probleemide varajase märkamise **standardiseeritud hindamisvahendid ja sekkumised** ning rakendada neid, samuti tagada spetsialistidele vajalikud koolitused hindamisvahendite kasutamiseks ja sekkumiste rakendamiseks igapäevatoos;
- 8) **analüüsida ja hinnata** laste ja peredega töötavate spetsialistide (sh õpetajad) välja- ja täiendõppe programme ning lisada välja- ja täiendõppe kavadesse vajaduse korral vanemluse, paarisuhte ennetuse (sh supervisioonide olulisus), laste väärkohtlemise ja traumeeritud lapse abistamisega seotud teemasid, mis arendaksid spetsialistide oskusi vaimse tervise probleeme ennetada, vaimse tervisega seotud vajadusi õigel ajal märgata ning lapsi ja peresid tõendusele toetudes aidata;
- 9) **analüüsida riskilaste vajaduspõhiste toetusteenuste** (formaalsed ja mitteformaalsed) **arendamise vajadust nii riigi kui kohaliku omavalitsuse tasandil ning hinnata rakendamise kvaliteeti ja mõju laste ja perede vaimsele tervisele**, näiteks kas ja millises mahus oleks vaja arendada nn ühe ukse teenust (ingl *one-stop-shop*), perekeskusi, mobiilseid vaimse tervise meeskondi, ravikodusid, esmaseid kriisikeskusi, vaimse tervise kabinette kogukondades jne;
- 10) **analüüsida** kus, millistes vanuserühmades, millises ulatuses ja **milliseid sekkumisi tuleb rakendada**, ning **hinnata, millised sekkumised, milliste sihtrühmade vaimset tervist ja heaolu kõige paremini toetavad**; rakendatud sekkumiste puhul tagada sekkumise mõju hindamine;
- 11) tagada ressurss, et **olla kursis** noorte seas levivate vaimse tervise **trendide ja ohtudega**, valmisolek nende kiireks analüüsiks ning sobivate sekkumiste leidmiseks ja pakumiseks;

- 12) toetada (sh vajaliku ressursi ja koolitustega) lastele ja noortele suunatud **info- ja teavitustegevuste arendamist** ja korraldamist osapoolte koostöös ning tagada kvaliteetse ja usaldusväärse teabe kättesaadavus;
- 13) **kaasata lapsi ja noori** rohkem aruteludesse ja lahenduste väljatöötamisse nii nende vanuserühma kui kogu elanikkonna vaimse tervise hoidmise ja probleemide lahendamise küsimustes;
- 14) **tagada** lastega töötavatele spetsialistidele professionaalne **supervisioon**.

1.2. Tööelised täiskasvanud

Statistikaameti andmetel oli 2020. aastal 20–64-aastaste vanuserühmas Eestis kokku 781 069 elanikku ehk 59% kogu rahvastikust.

Psühhosotsiaalsed riskifaktorid nagu vaesus, ülemäärane stress, kokkupuude vägivallega (lähisuhte-, seksuaalne ja/või soopõhine vägivald), ränne, hädaolukorrad ja konfliktid, loodusõnnetused, traumad ja vähene sotsiaalne tugi, halvad töötingimused (nt töökiusamine, diskrimineerimine, ahistamine ja vägivald töökohal, mittetoetavad ülemused/kaastöötajad) ja mittetoetav avalik ruum suurendavad vaimse tervise probleemide ja teatud häirete riski.

Vaimse tervise strateegia 2016–2025 seab tööeliste vaimse tervise edendamisel eesmärkideks töökeskkonna kujundamise, sooliste aspektide arvestamise (töö ja pereelu ühitamine, naiste diskrimineerimise vähendamine ja kaotamine tööturul, meeste võimalus abi saada jpm), noorte täiskasvanute toetamise haridustee lõppemisel, jätkamisel ja tööturule suundumisel, paari- ja peresuhteid väärtustavate hoiakute kujundamise ning selleks vajalike enesejuhtimis- ja suhtlemisioskuste õpetamise elanikkonnas.

Suhted töö ja kodus ning üldine heaolu on omavahel väga tihedalt seotud. Perekond kui süsteem ja paarisuhte kvaliteet avaldavad mõju inimeste heaolule ning vaimsele ja füüsilisele tervisele. Eesti pereelu ja -olud on viimase paarikümne aasta jooksul olnud pidevas muutumises: sündimus on vähenenud ja laste sünd on lükkunud hilisemasse ikka; lisandunud on samasoolised kooselud, kus paljudes kasvavad lapsed, vähenenud on abielude osakaal ja paarisuhteid iseloomustab kõrge lahutuste määr.²⁵² Olulist mõju avaldab ka töömigratsioon – olukorrad, kus üks või mõlemad vanemad töötavad tühjalt (või kauem) perest eemal jne.

Statistika järgi on suurim probleem ühiskonnas **lähisuhtevägivald** (vaimne, füüsiline või seksuaalne vägivald). Vägivalla all võivad kannatada nii naised, mehed kui lapsed. Kõige sagedamini esineb lähisuhtevägivalla vorm, kus mees kasutab vägivalda naissoost pereliikme, eelkõige oma abikaasa või elukaaslase vastu. Statistiliselt on kodu naise jaoks kõige ebatavalisem koht.²⁵³ Ebatavaline paarisuhe võib kaasa tuua vaimse tervise probleeme (nt depressioon) ja riskikäitumist (nt narkootikumide tarvitamine). Lisaks näitavad uuringud, et lapsed, kes on kogenud või pealt näinud vägivalda, võivad sarnase suhtemustri üle võtta oma hilisemasse koosellu, sest düsfunktsionaalsest perest pärit lapsed võivad eeldada, et selline olukord on normaalne, kuna nad puutuvad selle keskkonnaga regulaarselt kokku. Oluline on meeles pidada, et ühiskonnas levinud sotsiaalsed normid ja soolised rollid ning sellest tulenev häbimärgistamine on üheks takistuseks miks mehed ei otsi abi ja mis omakorda ohvristab mehi²⁵⁴.

²⁵² [Laste ja perede arengukava: Targad vanemad, toredad lapsed, tugev ühiskond](#). Sotsiaalministeerium; 2011.

²⁵³ [Lähisuhtevägivald](#). www.politsei.ee

²⁵⁴ Pattyn et al (2015). [The gender gap in mental health service use](#).

Paarisuhte ja positiivse vanemliku praktika toetamine on üks paremaid viise ennetada hilisemaid tervishoiu-, lastekaitse-, hoolekande- ja kriminaalsüsteemi ning tööhõive- ja majandussektori probleeme²⁵⁵ ja tulla toime keeruliste ülesannetega.

Kuna inimesed viibivad suure osa enda ajast töökohal, **peetakse töökohti võtmekohtadeks tööaliste vaimse tervise edendamisel**. Töökohtades tuleb kavandada meetmeid, et peatada töölt puudumise ja töövõimetusjuhtude arvu kasv ning rakendada stressi ja psüühikahäirete tõttu kasutamata potentsiaali töövõime suurendamiseks²⁵⁶.

Kui ettevõttes on mitu psühhosotsiaalset ohutegurit (nt intensiivne ja pingeline töö, rutiinne töö, halvad suhted kolleegide vahel), suureneb tööjõu voolavus, millega võib kaasneda tööandjale halva organisatsiooni maine²⁵⁷. Euroopas on enim levinud vaimse tervise riskideks töökeskkonnas probleemsed kliendid (ettevõtetest ELis 57,4% ja Eestis 69,9%), ajaline surve (ELis 42,5% ja Eestis 49,2%), pikk või ebaregulaarne tööaeg (ELis 22,7% ja Eestis 22,6%) ja hirm kaotada töö (ELis 15,6% ja Eestis 28,1%)²⁵⁸.

Riskid võivad olla seotud ka töö sisuga, näiteks inimese oskustega sobimatud ülesanded, suur töökoormus, stressirohke töö, ebameeldiv tööajakorraldus, otsustamisse mittekaasamine jm. Erinevatel töodel on erinevad riskid, mis võivad mõjutada vaimset tervist ja olla psüühikahäirete sümptomite põhjustaja või põhjustada alkoholi või psühhoaktiivsete ravimite kuritarvitamist. Risk võib suurenda olukordades, kus puudub näiteks meeskonna ühtekuuluvustunne, otsustusvõime, õigus kaasa rääkida või sotsiaalne tugi²⁵⁹. Eespool nimetatud tegurid võivad olla vaimse tervise häire algpõhjuseks, soodustades psüühika- ja käitumishäire väljakujunemist ja seeläbi põhjustada töövõime vähenemist.

Ennetamiseks vaimse tervise häireid, on **tööandja kohustus tuvastada töökeskkonnas esinevad psühhosotsiaalsed ohutegurid**, neid analüüsida ja hinnata ning leida viisid, kuidas korraldada töö selliselt, et vaimse tervise häireid tekitavad ohud mõjutaksid töötajate vaimset tervist minimaalselt. Vaimse tervise riske on võimalik töökeskkonnas maandada näiteks töökorralduse ja töökoha töötajale sobivaks muutmise, töötaja töökoormuse optimeerimise, puhkepauside võimaldamise, infoliikumise tõhustamise, koostöö arendamise, otsese juhi toetuse, otsuste tegemisse kaasamise, ahistamise (seksuaalne ja sooline) ja kiusamise mittetolereerimise²⁶⁰ ning regulaarsete kovisioonide ja supervisioonide võimaldamise abil.

Tööandjal tuleb riskide hindamisel ja tegevuste planeerimisel teha koostööd töötajatega ning neid kaasata. See tagab, et võetavad meetmed on sobivad ja tõhusad. Samuti peavad töötajad ise oma vaimse tervise eest vastutuse võtma ning järgima tööandja kehtestatud töö- ja puhkeaja korraldust, läbima tervisekontrolli, järgima tööandja poolt antud korraldusi ja juhiseid, et töö ei ohustaks nende enda ega teiste elu ja tervist²⁶¹. See on oluline, et ennetada muu hulgas ületöötamist ja läbipõlemist.

Tööelise elanikkonna vaimse tervise edendamises on oluline osa ka töötervishoiuteenustel, mida pakuvad töötervishoiuspetsialistid, kelle eesmärk on aidata kaasa ohutu töökeskkonna loomisele, ennetada tööga seotud haigestumisi ning säilitada ja edendada töötaja tervist ja töövõimet.

Töökeskkonnaga tegelevate spetsialistide vaatenurgast peaks tulevikus olema loodud vaimse tervise esmaabi andjate süsteem, mille järgi võiks näiteks igas töökohas olla vähemalt üks

²⁵⁵ [Laste ja perede arengukava: Targad vanemad, toredad lapsed, tugev ühiskond](#). Sotsiaalministeerium; 2011

²⁵⁶ Wynne (2008). [Vaimse tervise edendamine töökohal. Tervikkäsitluse rakendamise juhend](#). Euroopa Komisjon.

²⁵⁷ Haidak, Suder (2019). [Töökeskkonna vaimse tervise analüüs. Sotsiaalministeerium](#)

²⁵⁸ *Ibid.*

²⁵⁹ [Mental health in the workplace](#). WHO, 17.11.2019

²⁶⁰ Haidak, Suder (2019). [Töökeskkonna vaimse tervise analüüs. Sotsiaalministeerium](#)

²⁶¹ *Ibid*

koolitatud inimene, kes suudab sarnaselt füüsilise esmaabiga pakkuda vaimse tervise esmaabi töökollektiivis. On oluline, et ettevõtetes oleks selgelt määratud, kelle poole on töötajatel õigus vaimse tervise probleemidega pöörduda, mis kuluvad tööandja katab, kas kaasatakse ka ettevõtteväliseid spetsialiste jm. Seejuures on oluline suurendada töökeskkonnaspetsialisti, töökeskkonnavoliniku, töötajate usaldusisiku ja/või ametiühingu usaldusisiku teadmisi vaimse tervise probleemide äratundmisel ja nende lahendamisel. Eespool nimetatud isikute teadmiste suurendamise üheks lahenduseks oleks Tööinspektsiooni hinnangul see, kui töökeskkonnaspetsialisti, töökeskkonnavoliniku ning töötajate usaldusisiku ja/või ametiühingu usaldusisiku koolituse õppekavasse lisada vaimse tervise probleemide äratundmise ning nende delikaatse lahendamise protsessi kohustuslik osa.

1.2.1. Haavatavad rühmad

Raseduskriisis ja sünnitusjärgses depressioonis inimesed. Üle maailma umbes 10% rasedatest ja 13% naistest, kes on just sünnitanud, kogevad vaimse tervise häireid, peamiselt depressiooni²⁶². Eestis esineb sünnitusjärgset depressiooni 10–20%-l sünnitanud naistest ning see on ravitav²⁶³. Huvigruppide esindajad on välja toonud, et ema sünnitusjärgne depressioon on Eestis alahinnatud, -märgatud ja -ravitud. Sünnitusjärgse depressiooniga emad kogevad äärmist kurbust, ärevust ja kurnatust. See võib raskendada nende igapäevaseid tegevusi, mis on seotud enda või teiste hooldamisega²⁶⁴. Lisaks emale võib pikaaegne ja sügav depressioon mõjutada vastsündinut ja isa. Isade rasedusaegsele ja sünnitusjärgsele depressioonile tuleks rohkem tähelepanu pöörata, eriti esimesel sünnitusjärgsel aastal. Depressiooni äratundmine ja ravi parandab perekonna elukvaliteeti ning vähendab laste emotsionaalsete ja käitumisprobleemide riski.²⁶⁵

NEET-noored ehk 15–29-aastased mittetöötavad, mitteõppivad ja koolitustel mitteosalevad noored kui üks riskirühm. Tegemist on üsna heterogeense sihtrühmaga, kelle mittetöötamise ja mitteõppimise põhjused on väga erinevad. Nende hulgas leidub nii väikelastega kodus olevaid vanemaid, vabatahtlikke, perekonna eest hoolitsejaid kui ka puude või haigusega inimesi.²⁶⁶ NEET-noortel esineb suur risk olla sotsiaalselt isoleeritud ja sattuda majanduslikesse raskustesse, mis on suuresti seotud madala haridustasemega. Mittetöötamine ja -õppimine võivad olla vaimse tervise probleemide tekke riskifaktoriks, kuid vaimse tervise probleemid võivad olla ka riskiteguriks, miks noor satub NEET-noorte hulka.

LGBT+ inimesed. Uuringute kohaselt on LGBT (lesbi, gei, biseksuaalne ja transsooline inimene) inimestel suurem risk vaimse tervise probleemide tekkeks. Eesti LGBT õpilaste seas tehtud koolikeskkonna uuringu järgi tundis 39% vastanud õpilastest end koolis ebatavaliselt oma seksuaalse orientatsiooni tõttu ja 28% soolise eneseväljenduse pärast²⁶⁷. LGBT kogukonda kuuluvad inimesed kogevad tõenäolisemalt mitmesuguseid vaimse tervise probleeme, nagu depressioon, suitsiidimõtted, enesevigastamine ning alkoholi ja narkootiliste ainete kuritarvitamine²⁶⁸. Oluline on siinjuures mõista, et risk ei ole mitte sooline või seksuaalne kuuluvus, vaid ühiskonna suhtumine ja valitsevad stigmad. Seetõttu on LGBT lastele, noortele ja täiskasvanutele vaja eraldi tähelepanu pöörata ja tugisüsteeme pakkuda²⁶⁹.

²⁶² [Maternal and child mental health](#). WHO, 17.11.2019

²⁶³ [Vaimse tervise probleemide märkamise juhis rasedust planeerivate, rasedat ja/või sünnitanud naist jälgivale tervishoiutöötajale](#). Ämmaemandate Ühing, 2013

²⁶⁴ [Postpartum Depression Facts](#). National Institute of Mental Health, 5.10.2019

²⁶⁵ Scarff (2019). [Postpartum Depression in Men](#)

²⁶⁶ [Kas Eestis on töötavate noorte defitsiit?](#)

²⁶⁷ Ney *et al.* (2018). Eesti LGBT+ õpilaste koolikeskkonna uuring. Eesti LGBT Ühing

²⁶⁸ Aavik *et al.* (2016). LGBTQ inimeste igapäevane toimetulek ja strateegilised valikud Eesti ühiskonnas. Tallinna Ülikooli ühiskonnateaduste instituut.

²⁶⁹ [Mental health statistics: LGBT people](#). 05.10.2019

Erivajadusega (nii füüsilise kui vaimse) **tööealised inimesed**. Erivajadus on depressiooni riskifaktor²⁷⁰. Ühe ja hinnanguliselt suurima osa erivajadusega inimestest moodustavad puudega inimesed. Sotsiaalkindlustusameti andmetel²⁷¹ oli 2020. aasta 1. jaanuari seisuga Eestis 142 873 kehtiva puude raskusastmega 18-aastast ja vanemat inimest, umbes 17%-l neist oli psüühikahäire või vaimupuue. Suurima osa puudega inimestest (umbes 40%) moodustasid liikumispuudega inimesed. Uuringud näitavad, et füüsilise puudega inimestel esineb depressiooni vähemalt kolm korda sagedamini kui üldelanikkonnal.²⁷² Eriti haavatavad on inimesed, kelle puue on tekkinud haiguse või trauma tagajärjel. Ka puudega inimestel esineb sarnaselt teiste haavatavate rühmadega suur risk olla sotsiaalselt isoleeritud. Euroopa Komisjoni poolt tellitud Eurobaromeetri uuringu kohaselt hindas 48% Eesti vastajatest, et Eestis on puude alusel diskrimineerimine levinud²⁷³, seda nii tööturul kui ühiskonnaelus üldiselt. Varasematest uuringutest on välja tulnud, et umbes veerand 16-aastastest ja vanematest puudega inimestest tundis ennast uuringule eelnenud nädalatel püsivalt masendunu või rusutuna. Umbes pooltel püsivat masendust või huvipuudust tundnud puudega inimestel oli olnud muutusi söögiisus või kehakaalus ning veidi vähem kui pooled neist olid tundnud väärtusetuse või süütunnet²⁷⁴. Tähelepanu tuleb suunata ka ööpäevaringsel erihooldusel, tahtest olenematul psühhiaatrilisel ravil ja psühhiaatrilisel sundravil viibivatele inimestele, kes on kinnises asutuses viibimise tõttu eriliselt haavatavas seisus. Tegemist on sihtrühmaga, kes otseselt sõltub teenusepakkuja osutatava teenuse kvaliteedist, häbimärgistatud hoiakutest ühiskonnas jne.

Sisserändajad (hõlmab nii pererännet kui põgenikke, majandusmigrandid). Ränne on universaalne nähtus, mis mõjutab inimeste elu ja ümbritsevat keskkonda. Uuringud^{275, 276, 277} näitavad, et ränne on vaimse tervise probleemide teket soodustav tegur mitmesuguste takistuste tõttu, millega inimesed rändeprotsessis ja rändejärgsel perioodil kokku puutuvad. Igasugune ebakindlus, mis on seotud oma pere, elamisloa, töökoha, õppe või laiemate sotsiaalsete väljavaadetega, tekitab ärevust ja stressi. Rände taustaga inimeste seas on posttraumaatiline stressihäire, meeleoluhäired ja depressioon kõige sagedamini esinenud seisundid, peamiselt pagulaste ja hiljuti saabunud varjupaigataotlejate seas. Samuti on leitud, et ränne on laste vaimse tervise probleemide riskifaktor.

Inimesed, kes töötavad töökeskkonnas, kus esineb suur oht vaimsele ja füüsilisele tervisele (nt kõrge stressitasemega tööd, ohtlikud tööd). Kõrge stressitase ja läbipõlemise oht võib tekkida iga töö puhul, sõltuvalt töökeskkonnast ning tööülesannetest ja -kohustustest. Seega on ohustatud nii tippjuhid, liinitööd tegevad inimesed, kliente teenindajad, IT-töötajad, ettevõtjad kui paljud teised. Erinevate uuringute²⁷⁸ ja kirjanduse põhjal peetakse kõrgema stressitasemega ametiteks näiteks esmareageerijaid²⁷⁹ ja eesliinitöötajaid – **õpetajad, haridusasutuse tugispetsialistid, sotsiaaltöötajad, politseinikud, vanglaametnikud, päästjad, kiirabitöötajad, tervishoiutöötajad, ajakirjanikud** jpt –, kes oma töös seisavad silmitsi paljude probleemidega ning kellel on oma töö iseloomust tulenev kohustus juhtumitele kiirelt reageerida. Esmareageerijatel ja eesliinitöötajatel on märkimisväärselt suurenenud risk vaimse tervise probleemide, sealhulgas depressiooni ja traumajärgse stressihäire tekkeks²⁸⁰.

²⁷⁰ Noh (2016). [Relationship between Physical Disability and Depression by Gender: A Panel Regression Model](#).

²⁷¹ Sotsiaalkindlustusameti registriandmed, 2020. 24.03.2020

²⁷² Jin-Won *et al.* (2016). [Relationship between Physical Disability and Depression by Gender: A Panel Regression Model](#).

²⁷³ Euroopa Komisjon (2012). [Special Eurobarometer 393](#).

²⁷⁴ Soo (2009). [Puuetega inimeste ja nende perede hoolduskoormuse uuring](#). Saar Poll OÜ, Tartu Ülikool

²⁷⁵ Virupaksha *et al.* (2014). [Migration and mental health: An interface](#).

²⁷⁶ [Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region](#). WHO, 2016

²⁷⁷ [Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health](#). WHO, 2018

²⁷⁸ Wulsin *et al.* (2015). [Prevalence rates for depression by Industry: a claims database analysis](#).

²⁷⁹ spetsialistid, kes on esimesena kohal ja abiks avariide, õnnetuste või teiste hädaabi olukordade puhul

²⁸⁰ Mc Keon *et al.* (2019). [Mental health informed physical activity for first responders and their support partner: a protocol for a stepped-wedge evaluation of an online, codesigned intervention](#).

Äärmiselt oluline on tagada töandjapoolne psühholoogiline abi ja supervisioon töötajatele, samuti võimaldada riskirühmadele ennetavalt vajalike oskuste õpe, et ennetada läbipõlemist ja vaimse tervise probleeme ning tugevdada võimekust raskustega toime tulla.

Veteranid. Kaitseväelased on kogenud seisundeid ja olukordi, mis võivad mõjutada nende vaimset heaolu ning seetõttu on äärmiselt oluline tagada neile juurdepääs psühholoogilisele abile. USA-s tehtud uuringu kohaselt kannatab praegu umbes 20–30% Iraagist ja Afganistanist naasnud USA veterani posttraumaatilise stressihäire või sügava depressiooni käes^{281, 282}. Eestis tehtud uuringu²⁸³ järgi esineb posttraumaatilise stressihäire (PTSD) sümptomeid 9%-l veteranidest ja depressiivsuse sümptomeid 22,5%-l veteranidest. Kriitilistele vaimse tervise teenustele juurdepääsu tagamist peetakse eriti oluliseks just noorte veteranide puhul, kes on olnud rahvusvahelisel sõjalisel missioonil²⁸⁴.

Omasteholdajad. Hoolitsemine oma lähedase eest, kes haiguse, puude või muust erivajadusest tingituna vajab abi oma igapäevaelu toimingutes, võib olla psühholoogiliselt väga koormav. Suur hoolduskoormus mõjutab hooldajate elukvaliteeti (kannatab tööelu, paarisuhe, sotsiaalne kaasatus jmt) ning seab muu hulgas ohtu nende vaimse tervise. Näiteks, puudega lapse saamine võib häirida tavapärast elu, paarisuhteid, tervislikke suhteid ning positiivset õhkkonda perekonnas²⁸⁵. Puudega lapse vanemad vajavad paarisuhte toetamises erilist tähelepanu, sest lapse erivajadus võtab perekonnas suurema koha kui tavasituatsioonis. Eestis tehtud küsitluse kohaselt hindab 36% uuringule vastanud puudega laste vanematest oma toimetulekut raskeks ja 62% vastanud vanematest tunnevad, et nad on üksi, väsinud ja mures ning riigi silmis vähetahtsad²⁸⁶.

Kõik lapsevanemad, kes tahavad, soovivad või tunnetavad vajadust, peavad saama võimaluse osaleda pereteraapias, saada suhtealast nõustamist, psühholoogilist ja sotsiaalset nõustamist (ka haridusalast) ning koolitusi, et tulla toime erinevate elusituatsioonidega.

Eraldi rühma omasteholdajatest moodustavad psüühikahäirega inimeste lähedased. Psüühikahäirega inimese pereliikmed on üsna sageli psüühikahäirega inimese mitteametlikud hooldajad, kes on juba aastaid olnud sügavalt seotud oma pereliikmete kannatustega ja võivad ise läbi elada psüühikahäirega inimese sümptomeid ja vaevusi. Erialakirjanduses tuuakse välja, et psüühikahäirega inimeste lähedased täidavad psüühikahäirega inimese elus väga olulist, kuid rasket rolli^{287, 288}. Samal ajal peetakse psüühikahäirega inimese lähedasi tema vaimse tervise ja käitumisprobleemide süvendajateks²⁸⁹. Psüühikahäirega inimese perekonna ja võrgustiku parem kaasamine ravisse võib parandada tema ja ta lähedaste tervist, vähendada haiguslehtede määra ja tervishoiukulusid²⁹⁰.

Psühholoogiline vastupidavus on omasteholduse juures üks tähtsamaid ülesandeid. Kõrgem stressi-, ärevus- ja depressioonitase ning muu vaimse tervise mõju on omasteholdajate seas sage. Ameerika ärevuse ja depressiooni assotsiatsiooni poolt tehtud uuringu kohaselt esinevad 40–70%-l hooldajatest depressiooni sümptomid ning umbes veerand kuni pool

²⁸¹ Tanielian *et al.* (2016). [Invisible Wounds. Mental Health and Cognitive Care Needs of America's Returning Veterans.](#)

²⁸² [Veterans and Military.](#) Mental Health First Aid

²⁸³ Veteranide suitsidaalsuse kaitse- ja riskitegurid. Lõppraport. Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidologia Instituut, 2018. Mitteavalik dokument.

²⁸⁴ Hester (2017). [Lack of access to mental health services contributing to the high suicide rates among veterans.](#)

²⁸⁵ Gökhan (2018). [DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS AMONG PARENTS OF DISABLED CHILDREN.](#)

²⁸⁶ Lahtvee (2018). [Elu erilise lapsega- toimetulek ja vajadused.](#)

²⁸⁷ Ostman *et al.* (2005). [Family burden and relatives' participation in psychiatric care: are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance?](#)

²⁸⁸ Van der Voort *et al.* (2007). [Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review](#)

²⁸⁹ Rowe (2012). [Great expectations: a systematic review of the literature on the role of family carers in severe mental illness, and their relationships and engagement with professionals.](#)

²⁹⁰ Pharoah *et al.* (2010). [Family intervention for schizophrenia.](#)

hooldajatest vastab depressiooni diagnostilistele kriteeriumidele²⁹¹. Omastehoolduse ja selle teenuste põhiliseks arenguväljakutseks on omastehooldaja ja hooldatava toimetuleku ja elukvaliteedi parandamine²⁹². 51% Eesti omastehooldajatest on pensionärid ning 63% omastehooldajatest väidab, et neil on mõni pikaajaline haigus või terviseprobleem²⁹³. OECD on viidanud, et vaimse tervise probleemid on omastehooldajatel 20% suuremad kui neil, kes oma lähedaste hooldamisega ei tegele, ja veelgi suuremad probleemid on inimestel, kes hooldavad väga intensiivselt (rohkem kui 20 tundi nädalas).²⁹⁴ Lisaks psühholoogilisele toele on oluline, et tagatud oleksid nii riiklikud kui kohaliku omavalitsuse teenused, mis oluliselt vähendavad omastehooldajate koormust.

Majanduslikes raskustes elamine (sh töötud ja palgavaesus). Majanduslikesse raskustesse sattumise põhjused ja tagajärjed on erinevad, kuid sissetuleku vähesus või selle puudumine võib lisaks majanduslikule olukorrale mõjutada inimese heaolu. Uuringud^{295, 296} näitavad, et majanduslik pingeolukord on muu hulgas seotud suurenenud psühhiaatrilise haigestumusega ning mõjutab inimeste enesehinnangut ja sotsiaalset staatust.

Pikaajalistel töötutel on võrreldes tööl käivate inimestega vähemalt kaks korda suurem risk psüühikahäirete (eriti depressiooni ja ärevushäire) tekkeks. Samuti on nende suurem 1,6 korda suurem.²⁹⁷ Kehv majanduslik olukord võib mõjutada ka inimeste suitsiidset käitumist. Näiteks vanuserühma 50+ suuremat suitsiidisust seostatakse just tööelust kõrvalejäämise ja seonduvate toimetulekuraskustega (eriti vanaduspensionieelikute seas)²⁹⁸.

Olulist rolli vaesusesse sattumisel mängib leibkonna koosseis. Haavatavamad on näiteks üksikvanemad, üksinda elavad pensionärid jt. Madal sissetulek võib kaasa tuua kiiralaenude võtmise ning võlakerisesse sattumise. Seetõttu on oluline suurendada inimeste teadlikkust finantskirjaoskusest ning reglementeerida kiiralaenude võtmist, et vältida inimeste maksejõuetuse põhjustamist.

Kinnipidamisasutuses viibivad inimesed. Psühhiaatriliste haiguste esinemismäär kinnipeetavate hulgas on oluliselt kõrgem võrreldes tavapopulatsiooniga ning psüühikahäirete diagnoosimine ja ravi saamise võimalused kinnipidamisasutuse tingimustes on oluliselt kehvemad tegeliku olukorra vajadusest²⁹⁹. Eestis tehtud uuringu kohaselt oli 87%-l kinnipeetavatest naistest ja 75%-l meestest vähemalt üks psüühikahäire ning rohkem kui pooltel tuvastati vaimse tervise häire vanglas uuringu käigus tehtud kliiniliste intervjuude käigus.³⁰⁰ Muu hulgas tuleb tähelepanu pöörata **inimestele, keda kahtlustatakse või süüdistatakse kriminaalkorras karistatava teo eest** – eelkõige neile, kellel varasem kokkupuude õiguskaitseüsteemiga puudub ning kes on siiani käitunud seaduskuulekalt. Kahtlustuse või süüdistuse saamine võib mõjutada inimese igapäeva pereelu- ja töökorraldust, eriti olukorras, kus menetlus on pikaajaline ja lõpptähtaeg teadmata.

Sõltuvushäirega inimesed (alko-, narko-, hasartmängu- ja digisõltuvus). Legaalsete ja illegaalsete uimastite kuritarvitamine, mängurlus ja vaimse tervise häired on tihedalt seotud. Kui vaimse tervise probleem jäetakse ravimata, võib süveneda uimastite kuritarvitamine, ning

²⁹¹ [Anxiety and depression association of America](#). 10.11.2019

²⁹² [Vaimse tervise strateegia 2016–2025](#). Vaimse tervise ja heaolu koalitsioon, 2016

²⁹³ [Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring 2009](#). Saar Poll OÜ, Tartu Ülikool 2009

²⁹⁴ [The Impact of Caring on Family Carers](#). OECD, 2011

²⁹⁵ Frasquilho *et al.* (2016). [Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review](#).

²⁹⁶ Ruiz-Pérez (2017). [Socio-economic factors linked with mental health during the recession: a multilevel analysis](#)

²⁹⁷ [Influence of unemployment on mental health of the working age population](#), 2017

²⁹⁸ Aaben *et al.* (2017). [Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine. Vaimse tervise valdkonna aruanne](#).

Poliitikauuringute keskus PRAXIS

²⁹⁹ Fazel, Seewald (2012). [Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis](#).

³⁰⁰ Iverson *et al.* (2019). Õigusrikkujate vaimse tervise häirete uuring. Justiitsministeerium

vastupidi, kui alkoholi või narkootikumide kuritarvitamine suureneb, suurenevad tavaliselt ka vaimse tervise probleemid. Uimastitega käivad kaasas riskide vale hindamine ja õnnetused, uimastite tarvitamine võib lihtsasti muutuda kuritarvitamiseks, mis mõjub tõsiselt nii inimsuhetele kui vaimsele ja füüsilisele tervisele³⁰¹. Oluline on sõltuvushäirega inimestega tegelemisel pöörata tähelepanu ning pakkuda abi ja toetust nende lähedastele.

Lapseeas väärkoheldud, hooletusse jäetud täiskasvanud. Inimestel, kes ei ole lapseeas abi saanud seoses lapseõlvetraumade ja ebasoodsate olukordadega (nt seksuaalne väärkohtlemine, mis lapseeas avalikuks ei ole tulnud), võivad avalduda vaimse tervise probleemid täiskasvanuna ning nende võime täiskasvanueas hakkama saada on halvem. Töötus, vaesus, vangis olemine ja psühhiaatrilised probleemid on sageli ravimata trauma tagajärg ning ka toetavate sekkumiste mõju jääb väga piiratuks. Ohvriabi statistika Eestis näitab, et aasta-aastalt pöördub üha enam selliseid inimesi abi saama ning neid tuleks märgata ja vastavalt kohelda ka tervishoius, sotsiaalhoolekandes jms valdkondades. Muu hulgas tuleb tähelepanu pöörata täiskasvanutele, kes on kannatada saanud näiteks pere- või paarisuhtevägivalla tõttu, suitsiidiohvrite lähedased, terrorismi või õnnetuse tõttu otseselt või kaudselt kannatanud ehk **traumaohvrid**. Ilma asjakohase abita kannatab inimese heaolu ja elukvaliteet, võivad tekkida ja süveneda vaimse tervise probleemid, näiteks ärevushäired ja depressioon. Vajalik on proaktiivne abi pakkumine, et inimesed ei jääks oma murega üksi.

Muutuste saavutamiseks vajalikud tegevused:

- 1) suurendada pere- ja paariteraapia, perelepituse ning vanemlike oskuste programmide kättesaadavust (sh tasuta koolitusvõimalused) ja võimaldada nõustamisteenuseid (eelkõige riskirühmadele);
- 2) töötada välja esmaste reageerijate ja eesliinitöötajate vaimse tervise toetamise juhend ning juhendi rakendamiseks vastavad koolitused ja hindamismõõdikud;
- 3) kvaliteetse teenuse pakkumiseks tagada eelkõige esmastele reageerijatele ja eesliinitöötajatele ennetav oskuste õpe ja regulaarne professionaalne supervisioon, et vähendada stressi ja vältida läbipõlemist;
- 4) arendada noorte täiskasvanute sotsiaalseid ja suhtlemisoskusi haridussüsteemis;
- 5) toetada noori ja täiskasvanuid haridustee lõpetamisel ja/või jätkamisel ning tööturule suundumisel;
- 6) tagada ressursid (rahaline ja koolitatud mentorid/tugiisikud) mitteõppivate ja -töötavate noorte toetamiseks ning kättesaadavad tugimeetmed (nt psühholoog, psühhiaater, sõltuvusnõustamine jms);
- 7) pakkuda paindlikke lahendusi töö- ja pereelu ühitamisel hariduse omandamisega;
- 8) toetada tööandjaid psühhosotsiaalsete riskide hindamisel ja lahendamisel ning tähendusriikka tööelu ja vaimset tervist edendava töökeskkonna kujundamisel;
- 9) kavandada teaduspõhiseid vaimse tervise edendamise sekkumismeetmed (sh kinnistes asutustes), lähtudes riskirühmade tegelikust vajadusest. Muu hulgas arendada meetmeid, mille tulemuseks on eluviisi muutmine ja selle paranemine tervislikumaks;
- 10) arendada välja toetavad teenused ja sotsiaalsed garantiid oma pereliikmeid või lähedasi suures mahus hooldavatele inimestele;
- 11) veteranipoliitikas jätkata vaimse tervise toetamist, sealhulgas sotsiaalse ja psühholoogilise abi rahastamist;
- 12) pakkuda nn värvahoidjate, esmaste reageerijate ja eesliinitöötajate hulka kuuluvatele ametitele vaimse tervise esmaabi oskusi omandamisel;
- 13) vaimse tervise valdkonnas suurendada sihtrühmade ja kogukondade teadlikkust ja kaasatust (sh teenusedisain) ning arendada nende võimekust oma huvide eest seista;
- 14) tagada spetsialistidele professionaalne supervisioon.

³⁰¹ [Narkomaania](#). Tervise Arengu Instituut, veebileht

1.3. Vanemaealised (65+)

Statistikaameti andmetel oli 2020. aasta algul vanuserühmas 65+ Eestis kokku 266 288 elanikku ehk 20% kogu rahvastikust.

Kuna vanemaealiste osakaal kogu maailmas on kasvanud ja prognooside kohaselt kasvab veelgi, on oluline arvestada, et vaimne tervis ja aktiivsuse säilitamine vanemas eas vajab tähelepanelikumat lähenemist. Vanemaealise elanikkonna kasv tähendab ka vanusega seotud haiguste ja probleemide ning vanemaealiste elukvaliteedi piirangute kasvu, mistõttu suureneb geriaatrilise psühhiaatria tähtsus.

Vaimse tervise strateegia 2016–2025 seab eakate vaimse tervise edendamisel eesmärkideks valitsuse tähelepanu suurendamise eakate vaimsele tervisele, kogukonnas positiivsete hoiakute kujundamise, sotsiaalse kaasamise ja diskrimineerimise kõrvaldamise. Samuti on oluline suurendada esmatasandi spetsialistide teadlikkust eakate vaimse tervise vajadustest, eripäradest ja edendamise võimalustest, samuti eakate enda teadlikkust aktiivsena vananemisest.

Vanemaealiste vaimse tervise edendamine hõlmab selliste **elutingimuste ja keskkonna loomist**, mis toetavad heaolu ja võimaldavad inimestel elada tervislikku elu³⁰². Oluline on, et saadakse jätkata tähendusrikkaid tegevusi, panustada tööalaselt, kogukonda ja perekonda, arendada end kehaliselt ja vaimselt ning saada osa kultuurist. Tähtis on toetada kodus elamist võimalikult kaua. Vanemaealisi tuleb selles toetada eetilistest printsiipidest lähtuvalt, aga ühtlasi arvestades, et n-ö vormis hoidmine annab majanduslikku kasu vähenenud haiglaravi ja hooldekodu kulu arvelt, aga ka arvestatava tööjõuna^{303, 304}. Vajalik on tagada sihtrühma vajadustele vastava kvaliteetse integreeritud abi ja toe kättesaadavus.

Vananemine võib kaasa tuua mitmeid tegureid, mis halvendavad vaimset tervist pikka aega, nagu funktsionaalse võimekuse ja igapäevase toimetuleku vähenemine ning sotsiaalne isolatsioon³⁰⁵ (sh üksik olek). Lisaks nimetatutele peetakse oluliseks vaimse tervise riskifaktoriks leina ja rasket kaotust. Samuti tuleb tähelepanu pöörata vanemaealiste depressioonile ja häiretele (peaaegu pooltel vanemaealistel on täheldatud olulisi depressiooni ja ärevushäire sümptomeid³⁰⁶). Vastavad sümptomid võivad aeg-ajalt kattuda ealiste iseärasustega (nt väsimus, jõuetus), mistõttu võivad need jääda tähelepanuta³⁰⁷. Lisaks võib sügav depressioon viia suitsiidini, mis on viimastel aastatel kasvanud – 75 juhtumit 2017. aastal ja 91 juhtumit 2018. aastal vanuses 65–94.³⁰⁸ Vanemaealistel suurendab suitsiidiriski muu hulgas lootusetus, üksik elamine, nägemishäire, kuulmise kaotuse, raske südamehaiguse esinemine³⁰⁹.

Depressioon on dementsuse riskitegur lisaks madalale haridustasemele, füüsilisele passiivsusele, suitsetamisele, diabeedile, kõrgvererõhktõvele ja ülekaalule keskeas³¹⁰.

³⁰² [Mental health of older adults](#). WHO, 2017

³⁰³ Wu (2014). [European older adults' well-being and suicide in the societal and family context](#).

³⁰⁴ [Vaimse tervise strateegia 2016–2025](#). VATEK, 2016

³⁰⁵ [Green paper. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the EU](#). European Commission, 2005

³⁰⁶ Parkar (2015). [Elderly Mental Health: Needs](#).

³⁰⁷ *ibid*

³⁰⁸ [Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas](#).

³⁰⁹ Rooväli et al. (2018). [Aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanute epidemioloogiline ülevaade](#). Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut ja sotsiaalteaduslike rakendusuuringu keskus RAKE

³¹⁰ [Dementsuse kompetentsikeskus](#). Dementsuse kompetentsikeskus, veebileht

Dementsuse väljakujunemise edasilükkamiseks on väga oluline järgida **üldtervislikku eluviisi**³¹¹.

Lisaks east ja haigustest tulenevatele piirangutele on vanemaealised haavatavad ka väärkohtlemise (füüsiline, verbaalne, psühholoogiline, finantsiline ja seksuaalne väärkohtlemine), hülgamise, hooletusse jätmise ning väärkuse ja lugupidamise kaotuse suhtes. Praegused tõendid näitavad, et üks kuuest eakast inimesest maailmas kogeb väärkohtlemist³¹².

Vaimset tervist võivad vanemaealistel negatiivselt mõjutada ka töökeskkonnaga seotud asjaolud, näiteks on raskem leida uut (sh sobiva koormusega) töökohta, kohaneda uuenduste ja muudatustega. Lisaks võib töökeskkonnas esineda ealist diskrimineerimist, hirmu ja ohtu kaotada töökoht.

Maailma Terviseorganisatsiooni järgi on eakate tervise edenduseks vaja tagada nende turvalisus ja vabadus; piisav eluase toetava eluasemepoliitika kaudu; eakate ja hooldajate sotsiaalne toetamine, tervise ja sotsiaalprogrammid suunatuna haavatavatele rühmadele (üksi elavad, vaimse tervise probleemidega inimesed), väärkohtlemise ennetamine ja kogukonna arenguprogrammide olemasolu (väärkate ülikool). Oluline on väärtustada inimeste oskuste arendamist kui olulist võtit kogukonna tuleviku heaoluks.

1.3.1. Haavatavad rühmad

Lisaks eespool tööealiste puhul välja toodud riskidele tuleb vanemaealiste puhul eraldi tähelepanu pöörata alljärgnevatele.

Pensionile jääjad. Pensionile jäämine võib kaasa tuua suured elumuutused, mis võivad mõjuda negatiivselt (väheneb sotsiaalne suhtlus, sissetulek jms), mistõttu vajab inimene aega olukorraga kohanemiseks. Ühendkuningriigis tehtud uuring näitas, et pensionile jäämine suurendab kliinilise depressiooni väljakujunemise tõenäosust ligi 40%³¹³. Eurostati andmete kohaselt elab Eestis kõige rohkem pensionäre vaesusriskis võrreldes teiste EL riikidega³¹⁴. Sujuvaks üleminekuks tuleb soodustada osajaga töötamist ning vabatahtlikuna tegutsemist.

Üksinda elavad vanemaealised. Üksindus ja vähene sotsiaalne suhtlus on füüsilise ja vaimse tervise riskifaktorid ning suurendavad enneaegse suremuse riski 30%³¹⁵. Erilist tähelepanu tuleb pöörata just neile, kelle suhtlemise ja aja veetmise võimalused on väga piiratud. Pääaegu kõigil Eesti vanemaealistel on keegi, kelle poole pöörduda, kui neil on vaja arutada endale olulisi küsimusi või lahendada raskeid isiklikke probleeme. Vaid 3% ütlevad, et neil pole kedagi, kellega arutada enda jaoks olulisi küsimusi, ning 6%, et neil pole kedagi, kes aitaks neid raske isikliku probleemi lahendamisel. Neid, kellel pole sotsiaalset võrgustikku igapäevaküsimuste lahendamiseks, on enam meeste, muust rahvusest, esimese taseme haridusega ja üksi elavate inimeste ning Tallinna elanike seas.³¹⁶

Lesed (sh lähedase kaotamine). Vanemaealised kogevad tõenäolisemalt raskeid kaotusi, mis mõjutab emotsionaalset heaolu ja võib põhjustada depressiooni. Pereliikmete või sõprade surm on peamisi depressiooni põhjuseid vanemas eas. Oluliseks depressiooniriskiks peetakse just abikaasa kaotust³¹⁷. Kaaslase surm võib kaasa tuua ka majandusliku olukorra halvenemise. Omades toetavat sotsiaalset võrgustikku, osaledes aktiivselt tähendusriikastes

³¹¹ *Ibid*

³¹² [Mental health of older adults](#). WHO, 2017

³¹³ [Retirement-causes-a-major-decline-in-physical-and-mental-health](#). Institute of Economic Affairs, 2013

³¹⁴ [Glosing the gender pension gap?](#) Eurostat, 2020

³¹⁵ [Wellbeing and mental health: Applying All Our Health](#). Public Health England, veebileht

³¹⁶ [Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring 2015. Uuringu aruanne](#). AS Emor, PRAXIS, 2015

³¹⁷ Schoevers et al (2006). [Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin?](#)

igapäevategevustes ning saades vajaduse korral erinevat tüüpi toetust ja abi, on inimene võimeline nendest kaotustest paremini taastuma.

Muutuste saavutamiseks vajalikud tegevused:

- 1) pöörata rohkem tähelepanu vanusega seotud krooniliste haiguste, sealhulgas ajuhaiguste ja sõltuvusainete tarvitamise häirete ennetamisele;
- 2) suurendada ühiskonna teadlikkust vanemaealiste väärkohtlemisest, depressioonist ja ärevushäiretest, et tagada nende varane märkamine ja õigeaegne abi saamine teadlikkuse suurendamise ning eneseabi ja kõrvalabi otsimise oskuste arendamise kaudu;
- 3) arendada integreeritud kogukonnateenuseid (sh rakendada riskigruppidele suunatud tervise- ja sotsiaalprogramme), et tagada vanemaealistele suurem valik toetavaid teenuseid iseseisvaks elamiseks kogukonnas;
- 4) arendada välja meetmed, et vähendada vanemaealiste sotsiaalset isoleeritust ning tugevdada tugivõrgustikke ja sotsiaalset kaasatust;
- 5) võimaldada vanemaealistele sotsiaalset tegevust ja õpet, mis soodustaks vaimset heaolu ning vaimse tervise probleemidega toimetulekut;
- 6) tagada spetsialistidele professionaalne supervisioon.